



TAMPEREEN TEKNILLINEN YLIOPISTO
TAMPERE UNIVERSITY OF TECHNOLOGY

HANS KESTILÄ
HOITAJAVASTAANOTTOTOIMINNAN ARVOPERUSTEINEN TE-
HOSTAMINEN

Diplomityö

Tarkastaja: professori Miia Martin-
suo
Tarkastaja ja aihe hyväksytty Talou-
den ja rakentamisen tiedekuntaneu-
voston kokouksessa 3. kesäkuuta
2015

TIIVISTELMÄ

HANS KESTILÄ: Hoitajavastaanottotoiminnan arvoperusteinen tehostaminen
Tampereen teknillinen yliopisto
Diplomityö, 80 sivua, 5 liitesivua
Lokakuu 2015
Tuotantotalouden diplomi-insinöörin tutkinto-ohjelma
Pääaine: Tuotannonohjaus ja logistiikka
Tarkastaja: professori Miia Martinsuo

Avainsanat: tehokkuus, arvonmääritys, lean, työnpanoksen kohdentaminen, poliklinikka

Tämän tutkimuksen lähtökohtana oli HYKS Syöpäkeskuksella havaittu tarve paneutua hoitajavastaanottojen päivittäiseen toimintaan työn kohdentumisen onnistumisen varmistamiseksi. Hoitajavastaanottotoiminnalla nähdään tärkeä asema terveydenhuollon kentässä, jossa tehtävänsiirrot lääkäreiltä hoitajille avaavat uusia mahdollisuuksia. Tutkimuksessa tavoiteltiin hukkatoimintojen tunnistamista ja työn kohdentamisen määrittelyä niin, että se tukisi tehokkaammin hoitajavastaanottojen potilaslähtöistä ja toiminnallista arvontuotantoa.

Työ toteutettiin monimenetelmäisenä tapaustutkimuksena, jonka aineistona oli tietojärjestelmädata hoitajavastaanottojen suoritekirjauksista vuosilta 2012-2014, henkilöstön haastattelut (n=9), sekä työajan seurantatutkimukset kolmen hoitajavastaanottoa pitävän sairaanhoitajan yhteensä kuudesta työpäivästä. Monimenetelmäisyyteen päädyttiin, sillä alkuperäinen ongelmanasettelu edellytti moniulotteista ja käytännönläheistä tulokulmaa vastausten selvittämiseksi ja tutkimustulosten luotettavuuden varmistamiseksi. Monimenetelmäinen lähestymistapa nähtiin myös välttämättömänä, kun haluttiin saada vahvaa näyttöä työn johtopäätösten tueksi.

Tietojärjestelmädatan ja haastattelujen analyysit osoittivat, että eri hoitajavastaanottojen työnkuvat poikkeavat toisistaan merkittävästi ja että käytännöt suuritteiden kirjaustavoista vaihtelevat hoitajavastaanottojen välillä. Työajan seurantojen avulla pystyttiin tuottamaan konkreettista tietoa hoitajavastaanottoa pitävien sairaanhoitajien työpäivästä. Työajan seurantojen pohjalta tutkimuksessa rakennettiin toimintoluokittelu, jossa hoitajavastaanottojen päivittäiset aktiviteetit jaettiin neljään toimintoluokkaan. Neljäksi luokaksi valikoituivat arvontuotanto, välttämättömät tehtävät, siirrettävät tehtävät ja hukkatoiminnot.

Jos siirrettäviksi tehtäviksi luokiteltuja tehtäviä siirretään organisaatiossa alemman koulutustason omaavalle henkilöstölle ja vähennetään hukkatoimintoihin kuluva ajankäyttöä, voidaan keskittyä tehokkaammin arvontuotantoon ja välttämättömiin tehtäviin. Toimintoluokittelun ja siihen liittyvien toimenpideehtotusten soveltaminen myös muiden organisaatioiden hoitajavastaanottotoimintaan nähdään potentiaalisena valtakunnallisena kehityskohteenä.

ABSTRACT

HANS KESTILÄ: Increasing the value-based efficiency of nurse appointments
Tampere University of Technology
Master of Science Thesis, 80 pages, 5 Appendix pages
October 2015
Master's Degree Programme in Industrial Engineering and Management
Major: Operations Management and Logistics
Examiner: Professor Miia Martinsuo

Keywords: efficiency, value definition, lean, labor input allocation, outpatient

This research project was based on a need at Comprehensive Cancer Center of Helsinki to investigate the nurse practitioners daily duties in order to assure their labor input allocations success. The role of nurse practitioner can be seen as a vital part of today's health care systems in which shifting tasks from doctors to nurse practitioners open up new possibilities. In this study the aim was to identify waste activities related to nurse practitioners and to allocate nurse practitioners labor input in a way which would support the creation of value through patient and operational perspectives.

The research was conducted as a mixed methods case study. The empirical material consisted of nurse practitioners electronic output records from the years 2012, 2013 and 2014, staff interviews (n=9) and workday monitoring for three nurse practitioners including a total of six days. A multi-perspective approach was seen inevitable as the original aim of this study required different methods and high practicality to find out reasonable and reliable solutions. The multi-perspective approach was also seen vital to ensure a robust discussion around the findings of this study.

The analysis of the electronic output records and the analysis of the interviews indicated that the job descriptions among the nurse practitioners differed highly from each other. It was also indicated that the way the nurse practitioners note down their outputs to the electronic records were far from identical. As a result of the workday monitoring it was possible to come up with concrete and reliable data about nurse practitioners workdays. The data was used to construct a model that included four activity-based categories. The four categories were value creation, necessary tasks, shift able tasks and waste activities.

By shifting the shiftable tasks to staff with lower education and by decreasing time spent on waste activities the nurse practitioners could focus more efficiently on value creation and necessary tasks. The activity-based category model and the action proposals linked to it can also be seen as potential improvement targets for labor input allocation of nurse practitioners across the nation.

ALKUSANAT

Diplomityö tuntui koko opiskeluajan kaukaiselta ja tuntemattomalta isolta tehtävältä, joka edellyttäisi ”läpi harmaan kiven” tyylistä suhtautumista ja sen mukaista pakertamista. Nyt kuitenkin ollaan jo loppusuoralla, eikä kokemus ollutkaan mahdoton tai äärimmäisen tuskainen. Tuntuu todella hassulta, että työstä on päästämässä irti. Kun sen on päivittäin avannut yli viiden kuukauden ajan, uudelleen ja uudelleen, ei sen valmistuminen tunnu ajatuksen tasolla mitenkään todelliselta.

Olen saanut upean mahdollisuuden oppia diplomityön aikana paljon itselleni uudesta liiketoimintaympäristöstä, terveydenhuollosta. Haluan kiittää eritoten Syöpäkeskuksen toimialajohtajaa Petri Bonoa tästä mahtavasta mahdollisuudesta diplomityön tekemiseen ja kiinnostavaan aihioon, jonka työlleni sain. Olen kiitollinen myös Syöpäkeskuksen muulle henkilöstölle. Minut otettiin lämpimästi vastaan ja minuun suhtauduttiin myötämieelisesti, vaikka pureduin työssäni arkoihinkin paikkoihin.

Kiitoksen ansaitsevat myös Riikka-Leena Leskelä ja Katariina Silander, jotka auttoivat ja ohjeistivat minua läpi prosessin sekä toimivat tärkeinä tulkkeina terveydenhuollon liiketoimintayksiköiden ja akatemian välimaastossa. Kiitos, että olette uhranneet aikaa diplomityöprojektini hyväksi.

Haluan myös osoittaa lämpimän kiitoksen diplomityöni tarkastajaa ja ohjaajaa, professori Miia Martinsuota kohti. Kiitän täsmällisestä ohjeistuksesta ja kannustuksesta läpi projektin, niiden myötä onnistuin diplomityöni tekemisessä paremmin kuin olisin voinut aiemmin kuvitella.

Läheisien ihmisten, ystävien ja perheen tuki on ollut läsnä koko projektin ajan. Olen onnellinen ja kiitollinen, että ympärilläni on paljon hienoja ihmisiä, joilta löytyy tarpeen tullen olkapää, jota vasten nojata sekä paljon kannustavia sanoja niin hyvissä, kuin huonoissakin hetkissä.

Viimeisimpänä, muttei suinkaan vähäisimpänä, kiitos Mari. Tukeksi tämän projektin aikana on ollut korvaamatonta.

Helsingissä 14.10.2015

Hans Kestilä

SISÄLLYSLUETTELO

1.	JOHDANTO	1
1.1	Syövän hoito ja hoitajavastaanottotoiminta	1
1.2	Tutkimusongelma, tutkimuksen tavoitteet ja rajaukset	2
1.3	Työn rakenne	4
2.	KIRJALLISUUSKATSAUS	5
2.1	Terveydenhuollon palveluiden luokittelu	5
2.2	Terveydenhuollon palveluiden tuottavuus ja tehokkuus	6
2.2.1	Terveydenhuollon palveluiden panokset	8
2.2.2	Terveydenhuollon palveluiden tuotokset ja lopputulokset	8
2.2.3	Terveydenhuollon palveluiden tehokkuuden arviointi	10
2.3	Terveydenhuollon arvontuotanto	11
2.3.1	Potilaslähtöinen arvo	13
2.3.2	Arvoon perustuva kilpailuasetelma	13
2.4	Lean terveydenhuollossa	16
2.4.1	Hukan kytkeytyminen arvoon	18
2.4.2	Leanin sovelluksia terveydenhuollossa	19
2.4.3	Leanin soveltamisen haasteet terveydenhuollossa	21
2.5	Hoitajatyön mittaaminen	22
2.6	Kirjallisuuskatsauksen teemayhteenveto	25
3.	TUTKIMUSMENETELMÄT JA TYÖN AINEISTO	26
3.1	Monimenetelmäinen tapaustutkimus	26
3.2	Tietojärjestelmädata	27
3.3	Teemahaastattelut	29
3.3.1	Teemahaastattelujen kysymysrungot ja aihepiirit	30
3.3.2	Haastattelutilanteet	31
3.4	Työajan seurannat	31
3.4.1	Työajan seurantojen toteuttaminen käytännössä	32
3.4.2	Työajan seurantojen toteuttamisen ajankohta ja edustavuus	33
4.	HOITAJAVASTAANOTTOTOIMINNAN JÄRJESTÄMINEN	34
4.1	Tietojärjestelmädatan analysointi	34
4.1.1	Palliativiset sairaanhoitajat ja neurohoitaja	35
4.1.2	Tablettihoitaja, psykiatrinen sairaanhoitaja ja geriatrisonkologinen sairaanhoitaja	36
4.1.3	Rintasyöpähoitajat ja kivessyöpähoitaja	38
4.1.4	Vuoden 2014 poikkileikkaus	40
4.1.5	Muiden poliklinikoiden hoitajavastaanotot	41
4.1.6	Hoitajavastaanottojen vertailukelpoisuuden arviointi tietojärjestelmädataan perustuen	42
4.2	Haastattelututkimuksen tulokset	43

4.2.1	Aamupäivän rytmitys	43
4.2.2	Lääkäreiden konsultaatiot	45
4.2.3	Soitot ja hoitopuhelut	46
4.2.4	Ajanvaraukset.....	47
4.2.5	Aikataulupohjan rooli	49
4.2.6	Mahdollisia tehtäväsiirtoja sihteereille	50
4.2.7	Tehottomuudet ja epäsujuvuudet	51
4.2.8	Resurssitarpeet ja kysyntä.....	52
4.3	Työajan mittausten tulokset	53
4.3.1	Työpäivien kestot ja sairaanhoitajien kommentit päivistä.....	55
4.3.2	Varatut vastaanottokäynnit ja toteutuneet vastaanottokäynnit.....	57
4.3.3	Ajanvarauksiin ja hoitokirjeisiin kohdistunut ajankäyttö	57
4.3.4	Keskeytyksien määrä	58
4.3.5	Muita huomionarvoisia havaintoja.....	59
5.	TULOSTEN TARKASTELU	60
5.1	Haastatteluyhteenveto	60
5.2	Käyntitietodata ja haastattelujen tulokset vastaanottokäyntien lukumääristä 64	
5.3	Työpäivien aktiviteettien jaottelu toimintoluokkiin.....	66
5.4	Toimintoluokittelun mukaiset työajan seurantojen tulokset	68
5.5	Kehitysehdotukset	69
5.5.1	Toimenpideluokitteluun liitettävät kehitysehdotukset	70
5.5.2	Muut kehitysehdotukset	71
5.5.3	Toimenpide-ehdotusten yhteenveto ja aikataulutus.....	72
6.	PÄÄTELMÄT	73
6.1	Tavoitteiden toteutuminen.....	73
6.2	Tutkimuksen onnistumisen arviointi.....	75
6.3	Havaittuja jatkotutkimusaiheita	76
	LÄHTEET.....	77

LYHENTEET JA MERKINNÄT

HYKS	Helsingin seudun ylipoistollinen keskussairaala
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
WHO	World Health Organization
HVO	Hoitajavastaanotto
COPD	Keuhkohtaumatauti

1. JOHDANTO

Tämä työ asettuu tehostamisen, toiminnanohjauksen ja terveydenhuollon rajapintaan. Purbey et al. (2006, s. 247) mukaan tehokkuudella mitataan sairaaloiden johtamisessa kykyä varojen ja resurssien kohdentamisesta, kun tuotetaan tuotoksia tai lopputuloksia. Kirjoittajien mukaan sairaaloiden johtamisen tehokkuuden mittaaminen koostuu kahdesta alalajista: resurssien käyttöasteesta ja kustannusten pienentämisestä.

Terveydenhuollon organisaatioiden kiinnostus toiminnanohjauksen keinoja kohtaan on tunnistettu laaja-alaisesti ja esimerkiksi lean-ajattelua sovelletaan monissa terveydenhuollon organisaatioissa. Vaikka lean-ajattelu kehitettiin teollisuuteen ja sitä sovellettiin alun perin teollisuudessa, nykyään sitä sovelletaan myös onnistuneesti terveydenhuollon kentässä (LaGanga 2011, s. 423)

1.1 Syövän hoito ja hoitajavastaanottotoiminta

Syöpään sairastuvia ihmisiä on Suomessa tällä hetkellä vuosittain noin 30 000. Ennusteen mukaan vuonna 2020 syöpään sairastuvia ihmisiä on noin 37 000 ja vuonna 2025 vuosittainen sairastuneiden määrä on noin 40 000 ihmistä. On myös arvioitu, että syöpien varsinaiset vuosittaiset hoitokustannukset nousisivat vuoden 2015 arvioista (900 miljoonaa euroa) noin 1 300 miljoonaan euroon vuoteen 2020 mennessä. Syövän hoitotulokset ovat parantuneet, jonka taustalla on muun muassa varhainen diagnostiikka, kehittyvät leikkaustekniikat ja lisääntyneet onkologiset hoitovaihtoehdot. Uusiin hoitomuotoihin liittyy kuitenkin aiempaa suuremmat kustannukset, jotka myötävaikuttavat kasvaneiden potilasvirtojen lisäksi syövän hoidon kokonaiskustannuksiin. (HUS 2015)

HYKS Syöpäkeskuksen toiminta keskittyy erikoissairaanhoidon palveluihin syöpätautien hoidossa. Erikoissairaanhoito käsittää erikoislääkärin johtaman osan terveydenhuollosta, johon kuuluu sairauksien tutkimisen ja hoidon lisäksi myös ennaltaehkäiseviä ja kuntouttavia toimintoja (Teperi 2005). Syöpäkeskuksen palveluihin kuuluu sekä sairaala- eli vuodeosastotoimintaa, että poliklinikkatoimintaa. Vuodeosastoilla toiminta on ympärivuorokautista ja poliklinikan toiminta-aika on arkipäivisin 07:30-15:30 välillä. Syöpäkeskuksen hoitajavastaanotot kuuluvat poliklinikkatoimintojen puolelle.

Syöpäkeskuksen poliklinikkatoiminta perustuu ajanvarauksiin. Vastaanotoille ja hoitoon tullaan kutsuttuna lääkärin lähetteen perusteella. Syöpäkeskuksen poliklinikkatoiminta on syytä erottaa erikoissairaanhoidon päivystyksellisestä toiminnasta, jossa hoitoon tullaan äkillisissä asioissa lääkärin lähetteellä tai hätätapauksissa ilman lähetettä.

Hoitajavastaanottoa on aiemmin tutkittu muun muassa TAYS:n poliklinikoilla potilaiden näkökulmasta, missä saatiin positiivisia tuloksia muun muassa hoitajavastaanottojen paremmasta aikataulusta pysymisestä lääkäreiden vastaanottoon verrattuna. Tutkimuksen yhteydessä tunnistettiin jatkotutkimusaiheita uusien toimintamallien taloudellisuuden, tuottavuuden ja vaikuttavuuden arviointiin. (Säilä et al. 2006)

Hoitajavastaanottojen pohjalla on tunnistettu tarve siirtää osa lääkäreiden tehtävistä sairaanhoitajien vastuulle. Säilän (2005, s. 40) mukaan lääkärin ja hoitajien välisillä tehtäväsiirroilla tavoitellaan lääkärin työnajan tehostamista. Lääkäreistä on havaittu olevan pulaa ja tehtävien siirrolla tavoitellaan joustavaa ja tehokasta toimintamallia, joka ottaa sekä potilaiden että henkilökunnan tarpeet huomioon.

Säilä et al. (2006, s. 23) kuvailevat hoitajavastaanottojen olevan niitä vastaanottoja, joilla potilas tapaa hoitohenkilökunnan edustajan, mutta ei lääkäriä. Hoitajavastaanottojen kuvataan olevan toimenpide- hoito- tai tutkimuspainotteisia tai neuvonta- ja ohjauspainotteisia vastaanottoja. Useimmilla poliklinikoilla hoitajavastaanottojen painopiste on ohjauksessa ja neuvonnassa. Ohjaukseen ja neuvontaan perustuvilla vastaanotoilla potilaat saavat yleistä elämäntapaohjausta, opetusta erilaisista itse toteutettavista hoidoista, tukea apuvälineiden käytössä tai ohjausta sairauden omavalvonnassa. Tutkimusvastaanottojen toimenpiteet keskittyvät hoitajien suorittamiin ja lääkäreiden suunnittelemiin tutkimuksiin, jotka liittyvät potilaan kokonaishoitoon.

Säilän (2005, s. 26) mukaan hoitajavastaanottojen potilasaineisto koostuu pääasiassa pitkäaikaissairaista potilaista. Tavallisimpiin potilasryhmiin kuuluvat allergiapotilaat, kuulonkuntoutuspotilaat, psoriasisriittipotilaat, munuaistautipotilaat, avanneleikatut potilaat, inkontinenssipotilaat, puhe-, nielemis- tai äänihäiriöpotilaat, tahdistinpotilaat, ammatitautipotilaat, uudet pitkäaikaiseen sairauteen sairastuneet potilaat sekä seuraavien tautien potilaat: diabetes, syöpä, astma, COPD, nivelreuma ja dysfasia.

Earnshaw & Stephenson (1997) seurasivat tutkimuksessaan kahden vuoden ajan hoitajalähtöisiä rintasyöpien jälkikontrolliklinikoita ja niiden suoriutumista. Tutkimuksen yhteydessä selvisi, että vaikka hoitajalähtöiset jälkikontrolliklinikat olivat alun perin perustettu nostamaan palveltujen potilaiden määrää, nousi samalla esiin monia muitakin hyötyjä. Vastaanottoaikojen ollessa pidempiä kuin perinteiset kontrolliajat jäi potilaille mahdollisuus keskustella vastaanoton aikana taudistaan, peloistaan, riskitekijöistä ja hormonikorvaushoidosta sekä saada yleistä neuvontaa ja itsensä tarkastelun ohjeistusta.

1.2 Tutkimusongelma, tutkimuksen tavoitteet ja rajaukset

Tutkimusongelmaksi nähdään hoitajavastaanottotoiminnan työn epäselvä kuvautuminen organisaation johtoportaalte HYKS Syöpäkeskuksessa. Sekä lääkärin työ, että hoitajavastaanottoa pitävien sairaanhoitajien työ nähdään organisaatiossa tärkeäksi resurssiksi, minkä takia niiden asianmukainen ja tehokas kohdentaminen on tavoiteltavaa. Työn

taustalla vaikuttavat myös hoitajavastaanottojen kasvava kysyntä ja tarve tuottaa nykyisillä resursseilla enemmän vastaanottokäyntejä ja muita suoritteita. Nykyisellään on epäselvää, onko hoitajavastaanottojen työ kohdennettu riittävän tehokkaasti ottaen huomioon sen primäärin tavoitteen, joka on siirtää hoitajavastanoille soveltuvia tehtäviä lääkäreiltä hoitajille.

Työn tutkimuskysymyksiksi on muodostunut:

- *Minkälaista hukkaa hoitajavastaanottojen päivittäiseen toimintaan liittyy?*
- *Millä keinoilla hukkaa voidaan poistaa ja miten hoitajavastaanottoa pitävien sairaanhoitajien työaika voitaisiin kohdentaa tehokkaammin?*

Työ toteutetaan monimenetelmäisenä tapaustutkimuksena. Työn tutkimusmenetelminä käytetään tietojärjestelmään kerääntyvän kirjausdatan analysointia, teemahaastatteluita HYKS Syöpäkeskuksen hoitohenkilöstölle, ja työajan seurantatutkimusta rajatulle hoitajavastaanottoryhmälle. Tutkimuskysymykset edellyttävät työltä useampaa eri tulokulmaa tutkimuksen tavoitteiden saavuttamiseksi. Monimenetelmäisyyden kautta tavoitellaan riittävän ymmärryksen kartuttamista tutkimuksen kohteesta. Toisaalta monimenetelmäisyyden kautta pystytään vahvistamaan tutkimuksen tulosten luotettavuutta ja käytettävyyttä.

Tietojärjestelmään kerääntyvää tietoa analysoidaan vuositasona, josta päästään käsiksi eri hoitajavastaanottoa pitävien sairaanhoitajien suorittamien aktiviteettien päivittäisiin keskiarvoihin. Haastattelujen pohjalta on tarkoitus selventää hoitajavastaanoton päivittäistä toimintaa ja hoitajavastanoille kohdistuvaa kysyntää. Työajan seurannalla konkretisoidaan työajan todellista ajankäyttöä eri osa-alueiden välillä ja tuotetaan tietoa työpanoksen kohdentamisen pohtimiseen.

Tutkimuksessa tarkastellaan hoitajavastaanottotoimintaa sairaalan toiminnanohjauksen näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa johtoryhmälle hoitajavastaanottojen työn kohdentamisesta ja tuoda esiin siinä havaittua hukkaa. Hoitajavastaanottoa pitävät erikoiskoulutetut sairaanhoitajat nähdään lääkärien tapaan rajalliseksi resurssiksi organisaatiossa. Tehokkuuden tavoittelemisella tarkoitetaan tässä työssä toimia, joiden avulla organisaation rajalliset resurssit voidaan hyödyntää mahdollisimman hyvin työn kohdentamisen myötä.

Tutkimus rajattiin käsittelemään Syöpäkeskuksen poliklinikkatoimintojen hoitajavastaanottoja. Tietojärjestelmädatan käsittely rajattiin niihin kirjauksiin, jotka olivat selkeästi osa hoitajavastaanottojen päivittäistä toimintaa. Yksittäisten ja harvinaisten kirjausten tarkastelu jätettiin tutkimuksen ulkopuolelle. Haastattelut rajattiin käsittämään kahdeksan yhdeksästä hoitajavastaanottoa pitävästä sairaanhoitajasta, sairaanhoitajien esimiehenä toimivan osastonhoitajan sekä johtavan ylihoitajan. Yhtä hoitajavastaanottoa pitävistä hoitajista ei voitu haastatella tutkimukseen. Johtavan ylihoitajan haastattelu-

vastaukset jätettiin tutkimuksen ulkopuolelle, sillä kysymykset keskittyivät liian operatiiviselle tasolle johtavan ylihoitajan näkökulmasta.

Työajan seurannat rajattiin käsittämään kolmea yhdeksästä hoitajavastaanottoa pitävistä sairaanhoitajista. Työajan seurantaan valikoitiin kivessyöpähoitaja sekä kaksi rintasyöpähoitajaa haastatteluvastausten ja työn tilaajan kanssa käydyn neuvottelun tuloksena. Työajan seurannan toteutus rajattiin kahteen työpäivään jokaisen seuratun sairaanhoitajan osalta, eli yhteensä kuuteen työpäivään.

1.3 Työn rakenne

Johdantoa seuraava luku 2 sisältää kirjallisuuskatsauksen tutkimusta tukevasta tieteellisestä kirjallisuudesta. Käsiteltäviin teemoihin kuuluvat terveydenhuollon palveluiden jaottelu, niiden tuottavuus ja tehokkuuden arvioiminen, terveydenhuollon arvontuotanto, lean terveydenhuollossa sekä hoitajatyön mittaaminen. Kirjallisuuskatsaus luo teoreettisen pohjan empiiristä tutkimusta varten.

Luvussa 3 esitellään työn tutkimusmenetelmät ja työn aineisto. Tutkimus on toteutettu monimenetelmäisenä tutkimuksena, jonka aineistoa ovat hoitajavastaanoista kertyvä tietojärjestelmädata, haastattelututkimusten tulokset sekä työajan mittauksien tulokset.

Luvussa 4 analysoidaan ensiksi hoitajavastaanottoa pitävien sairaanhoitajien keskiarvoisia työpäiviä tietojärjestelmästä saatujen tilastojen perusteella. Tietojärjestelmädatan analysoinnin jälkeen luvussa 4 keskitytään haastattelututkimuksen tuloksiin. Haastateltavina toimivat eri hoitajavastaanottoa pitävät sairaanhoitajat (n=8) sekä heidän suora esimies, osastonhoitaja. Haastattelututkimuksen tuloksia seuraa työajanmittauksista saadut havainnot ja niiden analysointi.

Luvussa viisi keskitytään tulosten tarkasteluun ja käsitellään tutkimuksen myötä esille tulleita kehitysehdotuksia. Luvussa kuusi esitetään päätelmät tutkimuksesta tavoitteiden toteutumisen, tutkimuksen onnistumisen arvioinnin sekä jatkotutkimusaiheiden käsitteilyn muodossa.

2. KIRJALLISUUSKATSAUS

Kirjallisuuskatsauksen teemat pohjautuvat tutkimuksen tavoitteisiin ja tutkimuskysymysten määrittelyyn. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on luoda pohja empiiriselle tutkimukselle nostamalla esiin relevantteja havaintoja aiemmista tutkimuksista. Kirjallisuuskatsauksessa käsitellään työn kannalta relevantteja käsitteitä sekä nostetaan esiin aiemmasta tutkimuksesta niitä havaintoja, jotka ottavat kantaa tämän tutkimuksen ongelmanasetteluun ja tavoitteisiin.

Kirjallisuuskatsauksen eteneminen noudattaa jatkumoa, jossa teemat kulkevat yleisemmältä tasolta kohti yksityiskohtaisempaa tasoa. Molempien tasojen ymmärtäminen ja huomioiminen empiirisen aineiston käsittelyssä nähtiin tarkoituksenmukaiseksi.

2.1 Terveystenhuollon palveluiden luokittelu

Terveystenhuolto on alana houkutteleva tutkimusympäristö. Se sisältää paljon uniikkeja tunnuspiirteitä, jotka erottavat terveystenhuollon palvelut muiden alojen palveluista omaksi kokonaisuudekseen. Toiminnanohjauksen näkökulmasta terveystenhuollon laajuus ja moninaisuus tarjoaa lukemattomia mahdollisuuksia tutkimuksen kohteeksi. Lillrank et al. (2010, s. 599) mukaan terveystenhuollon valtava laajuus ja monimuotoisuus aiheuttavat sen, ettei toiminnanohjauksen näkökulmasta voida tarjota siihen vain yhtä ratkaisua yhdestä perspektiivistä.

Tavallisissa markkinoinnin malleissa tarpeet tulevat ennen haluja, mutta terveystenhuollossa tämä järjestys ei välttämättä pidäkään paikkaansa. Potilaat eivät välttämättä tarvitse sitä, mitä he haluaisivat (esimerkiksi vielä yhden tutkimuksen) tai he eivät välttämättä halua sitä, mitä he tarvitsisivat (esimerkiksi terveellisemmät elämäntavat). Potilaat saattavat odottaa jotakin, mitä ei ole saatavissa tai jättää huomiotta sen, mitä on saatavissa. (Lillrank et al. 2010, s. 599)

Terveystenhuollon moninaisuudesta ja laajuudesta johtuen Lillrank et al. (2010) ovat jakaneet terveystenhuollon kokonaisuuden seitsemään tarpeeseen ja tarjontaan perustavaan toiminnalliseen moodiin. Nämä moodit ovat ehkäisy (*prevention*), hätätilanne (*emergency*), yksi käynti (*one visit*), projekti (*project*), vapaaehtoinen (*elective*), parannus (*cure*) ja hoito (*care*). Termillä toiminnallinen moodi ei kuvailla yksittäistä organisaatiota tai systeemiä, vaan yhdistelmää integraatiosta, koordinoinnista ja kontrolloinnin periaatteista. Organisaation tai tiimin toiminta voi vaihdella toiminnallisten moodien välillä, mikäli se on tarpeen. (Lillrank et al. 2010, s. 601-602)

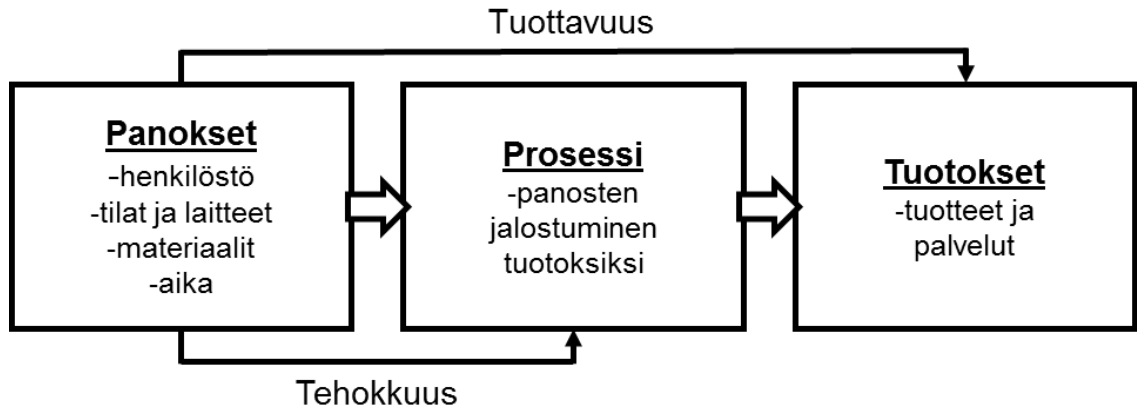
Jako seitsemään toiminnalliseen moodiin on yksi esimerkki siitä, että terveydenhuollon ilmiöiden tutkiminen vaatii useimmiten räätälöidyn yhdistelmän aikaisempien tutkimusten tuloksista ja teorioista. Tämä ilmiö on vahvempana läsnä terveydenhuollon teknistä taloudellisessa tutkimuksessa kuin esimerkiksi lääketieteellisessä ja kliinisessä tutkimuksessa.

2.2 Terveydenhuollon palveluiden tuottavuus ja tehokkuus

Terveydenhuollon palveluiden monimuotoisuuden ja vaihtelevuuden takia tuottavuuden ja tehokkuuden arviointi on väistämättä yleistävää. Yleistävyyden takia on syytä nähdä tuottavuuden ja tehokkuuden käsitteiden rajallinen käytettävyys terveydenhuollon organisaatioita koskevissa kontekstisidonnaisissa ongelmissa. Jotta voidaan päästä käsiksi tehokkuuden käsitteeseen, on ensin syytä määritellä tuottavuus yleisellä tasolla. Tuottavuus kuvastaa sitä, mitä yrityksen prosesseissa tuotetaan ja mitä tarvitaan näiden tuotosten aikaansaamiseksi, yksinkertaisesti tuottavuus on yrityksen tuotosten ja panosten suhde aikayksikön yli (Johnston & Jones 2004, s. 202). Tehokkuus keskittyy tuottavuuden yhtälön nimittäjään, eli yrityksen panoksiin ja niiden hyödyntämiseen yrityksen eri prosesseissa.

Neely et al. (1995, s. 80) esittävät, että tehokkuus kuvaa sitä kuinka taloudellisesti yrityksen resurssit ovat hyödynnetty sen tähdätessä haluttuun asiakastyytyväisyyden tasoon. Tämä määritelmä tarjoaa lähtökohtaiset suuntaviivat hoitajavastaanottojen toiminnan tutkimiselle, kun asiakastyytyväisyyden tilalla määritelmässä käytetään potilastyytyväisyyttä tai potilaalle tuotettua arvoa.

Tehokkuuden määrittelemisessä tarkastellaan tyypillisesti yrityksen resurssien käyttöä ja kohdentamista. Jääskeläinen (2010, s. 6-8) määrittelee tehokkuuden resurssien käytön teoreettisen alarajan ja toteutuneen resurssien käytön suhteena ylläpidettäessä haluttuja toimintoja, tehokkuuden käsitteen muistuttavan näin ollen läheisesti käyttöasteen käsitettä. Tehokkuus liittyy panosten käyttöasteeseen sekä yksinkertaisimmillaan siihen, että tehdään asiat oikein. Kuvassa 1 on havainnollistettu tuottavuuden ja tehokkuuden sijoittumista yrityksen prosessiin, jossa panoksista jalostetaan tuotoksia. Tehokkuuden käsite liittyy läheisesti tuottavuuteen ja sen mittaamiseen.



Kuva 1. Tuottavuuden ja tehokkuuden linkittyminen panos/tuotos yhtälöön. (Mukaillen Jääskeläinen 2010, s. 8)

Resursseiksi käsitetään kaikki humaniset sekä fyysiset resurssit. Humaniset resurssit ovat ihmiset, jotka tuottavat yrityksen hyödykkeet tai palvelut. Fyysisiksi resursseiksi lasketaan kaikki ne välineet, joiden avulla hyödykkeet tai palvelut tuotetaan. Fyysisiin resursseihin kuuluvat maa-alueet ja tuotantolaitokset, paikalliset ja mobiilit koneet, välineet, työkalut, raakamateriaalit, varastot sekä muut tuotannontekijät. (Bernolak 1997, s. 204)

Hoitajavastaanottojen työn kohdentumisen ja tehokkuuden arvioinnissa sairaanhoitajien työ nähdään yrityksen panoksena. Jääskeläisen määrittelemän tehokkuuden/käyttöasteen arviointi soveltuu mahdolliseksi käytettäväksi mittariksi silloin, kun tarkastellaan sairaanhoitajien toiminnasta kertyvien aktiviteettikirjausten ja työajan suhdetta.

Teollisilla markkinoilla tuotteeseen ja sen ominaisuuksiin voidaan tutustua jo ennen ostopäätöstä, sekä tuotetta voi tapauskohtaisesti testata, sen voi vaihtaa ja sen voi palauttaa. Nämä lainalaisuudet eivät päde palveluihin yleensä, eivätkä varsinkaan inhimillisiin palveluihin. Palvelut tuotetaan ja kulutetaan samanaikaisesti palveluntuottajan ja sen käyttäjän, eli asiakkaan, rajapinnassa. Fyysinen tuote voidaan varastoida ja sen arvo säilyy ainakin äärellisen ajan, palvelua ei voida säilöä millään tavalla. (Curtin 1995, s. 25)

Palveluiden tuottavuus on lähtökohtaisesti ongelmallisempaa kuin teollisuuden tuottavuus. Palveluiden tuottavuutta on useimmiten vaikeampi mitata ja hallita, sillä siihen liittyy tyypillisesti intellektuelleja aktiviteetteja ja suurta vaihtelua (Stevenson 2011, s. 60). Ottaen huomioon terveydenhuollon palveluiden valtavan kokonaisuuden ja sen sisältöön liittyvän vaihtelun määrän, voidaan todeta, että mittaamiseen liittyy tarve jakaa kokonaisuus hallittavampiin osa-alueisiin, etenkin tarkastellessa itsenäistä hoitajavastaanottoa pitävien sairaanhoitajien työn kohdentumista.

2.2.1 Terveydenhuollon palveluiden panokset

WHO:n mukaan (2000, s. 77) terveydenhuollon organisaatioiden kaikkein tärkein panos on niiden henkilöstö, johon kuuluvat kliiniset ja ei-kliiniset henkilöstön jäsenet, jotka ovat vastuussa terveydenhuollon suoritteista. Terveydenhuollon organisaatioiden suoriutuminen riippuu ennen kaikkea niiden henkilöiden tiedoista, taidoista ja motivaatiosta, jotka ovat henkilökohtaisesti vastuussa terveydenhuollon palveluiden tuottamisesta.

Teollisten markkinoiden panoksien mittaaminen ja hahmottaminen on monesti selkeämpää kuin palveluiden markkinoilla. Terveydenhuollon palveluiden panoksiin liittyy vahvasti myös potilas, joka on hoitotapahtumassa useammassa roolissa. Potilaan voidaan sanoa olevan samaan aikaan palvelun panos ja sen käyttäjä.

Teollisilla markkinoilla toimiva tuottaja voi kontrolloida fyysisen tuotteen tuotannon panoksia. Inhimillisissä palveluissa asiakas, palvelun käyttäjä, on vähintään yhtä tärkeä tai jopa tärkeämpi panos kuin palveluntuottajan panos tuottavuuden panos/tuotos näkökulmasta. Esimerkkinä tästä on se, ettei taitavin ja koulutetuinkaan opettaja voi oppia oppilaidensa puolesta, vaan se vaatii aina oppilaan oman panoksen. Samalla tavoin kyvykkäinkään hoitaja ei voi lopettaa keuhkopotilaan tupakanpoltoa, vaan päätökset ja teot tulevat potilaan omasta tahdosta. (Curtin 1995, s. 25)

Terveydenhuollon asiakkaina, eli potilaina, ihmiset voivat olla hyvin paljon tunteellisempia, vaativampia, herkempiä tai riippuvaisempia kuin mitä he olisivat muiden palveluiden kuluttajina. Tunteet puolestaan vaikuttavat näiden ihmisten kykyyn tehdä päätöksiä. Tämän lisäksi potilaat tyypillisesti kokevat hoidossa sekavia tunteita, kuten esimerkiksi tapauksessa, jossa potilas toivoo leikkauksen parantavan hänen taudin, mutta samaan aikaan pelkää, että leikkauksessa menee joku pieleen. (Berry & Bendapudi 2007, s. 114)

Terveydenhuollon organisaatioissa työskentelevien ihmisten panokset voidaan nähdä selkeämpinä ja ymmärrettävimpinä kuin potilaiden kontribuutiot prosesseihin tai palvelutapahtumiin. Potilaiden osallistumista palvelutapahtumiin ei tule unohtaa, kun tarkastellaan sairaanhoitajien työpanoksia. Palvelu on jokaisen suoritteen osalta ainutlaatuinen, sillä potilaiden luonne ja käytös voivat aiheuttaa huomattavaa vaihtelua palveluprosesseihin. Tämän myötä terveydenhuollon prosessit voidaan nähdä hyvin kompleksina kokonaisuuksina toiminnanohjauksen näkökulmasta.

2.2.2 Terveydenhuollon palveluiden tuotokset ja lopputulokset

Terveydenhuollon tuotokset ja lopputulokset kiinnostavat useita eri tahoja. Julkisista varoista ohjataan merkittävä määrä terveydenhuollon ylläpitämiseen ja tuotokset ja lopputulokset edustavat niitä hyötyjä, mitä aikaansaadaan panostamalla julkiseen tervey-

denhuoltoon. Tuotosten ja lopputulosten pohjana ovat yksilöiden terveydentilassa tapahtumat muutokset.

THL:n tuottavuustarkastelussa tuotoksia edustavat sairaalan tai erikoisalan DRG (Diagnosis Related Groups) painotetut hoitokaksot. Näiden perustana toimivat sairaalan hoitoilmoitustiedot, joita sairaalat keräävät THL:lle lakisääteisesti vuosittain. Näihin tietoihin ilmoitetaan jokaisen potilaan osalta diagnoosi- ja toimenpidetiedot. (Riippa et al. 2012)

Terveydenhuollon tuotoksia ovat myös abstraktimmin määritellyt hoidon lopputulokset. Clancy & Eisenberg (1998) jaottelevat terveydenhuollon lopputulokset neljään eri kategoriaan: potilaan aistimukset terveydestään, potilaan toiminnalliset valmiudet, potilaan mieltymyksiin perustuvat kokemukset terveydestään ja potilastyytyväisyys itsessään. Kirjoittajat esittävät myös lopputulosten jaottelun yleiseen ja tauti- tai terveydentilaspesifiin jaotteluun. Yleiset mittarit soveltuvat etenkin populaatioiden tarkasteluun, mutta mentäessä yksilökeskeisemmälle tasolle tauti- ja terveydentilaspesifien mittareiden tarkoituksenmukaisuus kasvaa. Tuotosten tarkastelussa onkin huomionarvoista, että erikokoisille tarkasteluyksiköille sopivat erilaiset mittarit, mikä osaltaan hankaloittaa tuotosten yhtenäistä mittaamista ja niiden vertailua.

Yleisesti ottaen, hoidon lopputuloksia on arvioitu käyttämällä fyysisiä tai kliinisiä parametreja kuten kuolleisuus ja sairastavuus. Jos näille tekijöille annetaan liikaa painoarvoa, ostettu hoitopalvelu johtaa haluttuun fyysiseen lopputulokseen, kuten elossa pysymisen vuosien lukumäärään, mutta samalla se voi vaikuttaa epäsuotuisasti potilaan elämänlaatuun. Mikäli terveystalveluiden ostajat yleisesti ottaisivat huomioon elämänlaadulliset ulottuvuudet, voitaisiin sekä hoidon laatua että sen monipuolisuutta arvioida vertailukelpoisesti ja realistisemmin kuin silloin, kun arviointi perustuu pelkästään kliinisiin ja fyysisiin lopputuloksiin. (Morris & Watt 1994, s. 4)

Porter & Teisberg (2007, s. 1106) esittävät, että terveydenhuollon lopputulosten mittarit ovat väistämättä moniulotteisia sisältäen kuolleisuuden ja sairastavuuden lisäksi osatekijöitä kuten komplikaatiot, toipumiseen kuluneen ajan sekä luonnollisesti myös jatkohoidon tarpeet. Kirjoittajien mukaan jokaisella taudinkuvalla tulisi olla omat lopputulosten mittarit, joiden lähtökohtana tulee olla riskeihin mukautetut potilaiden terveyden lähtötilanteet. Olleeseen mahdollisimman käytettäviä, näiden mittareiden tulisi aina tarkastella hoitoa kokonaisprosessina tai vaihtoehtoisesti tietyn aikayksikön yli, mikäli kyseessä on krooninen taudinkuva. Mittareiden ei tulisi tarkastella yksittäisten tai erillisten hoitopalveluiden, kuten esimerkiksi yksittäisen leikkauksen tuotoksia.

Terveydenhuollon tuotoksien ja lopputuloksien tarkasteluun suorasti vaikuttavia tekijöitä voidaan siis todeta olevan ainakin tarkastelutarkkuus (populaatioiden tarkastelu – yksilön tarkastelu), taudintilan tarkkuus (tautiryhmät – yksittäiset terveydentilat) ja erilaisten aikajänteiden, joiden yli tuotoksia ja lopputuloksia kuvataan, määrittely. Yhteis-

ten linjanvetojen puuttuminen edellä mainittujen tekijöiden välillä asettaa haasteita tuotosten ja lopputulosten käsittelyyn. Lisäksi tuotosten ja lopputulosten kommunikoiminen ja raportointi voi asettua haasteelliseksi.

Lopputuotosten raportointi on yleisesti haastavaa useimmille syövän hoitoon keskittyville sairaaloille ja poliklinikoille. Tähdätessä raportoinnin kehittämiseen organisaatiolla täytyy olla relevanttia ja vertailukelpoista dataa lopputuloksista, mikä auttaa ja ohjaa potilaita sekä hoidon maksajia päätöksenteossa. MD Anderson Cancer Centerissä Texasissa on kerätty kootusti eloonjäämisen lopputuloksia kasvainten seurantatilastojen kautta jo vuodesta 1944. Tilastoista huolimatta lopputulosten esittäminen ymmärrettävästi potilaiden suuntaan koetaan vaikeaksi, sillä vertailukelpoista ja relevanttia tietoa on vaikea löytää. (Feeley et al. 2010, s. 405)

Feeley et al. (2010, s. 405-406) esittävät syövänhoidossa mahdollisuuden määrittää kasvaimen tyypin mukaan potilaalle kaikkein tärkeimmät lopputulokset. Lähtökohtaisesti syöpäpotilaat haluavat ensisijaisesti pysyä hengissä, jota voidaan mitata eloonjäämisen pituudella. Kirjoittajat esittävät kuitenkin, että lopputulokset pitävät sisällään myös elämänlaadulliset ulottuvuudet, jotka täytyy määrittää ja niitä pitää pystyä mittaamaan. Esimerkiksi potilaille, joille on todettu kurkunpään syöpä, eloonjäämisen lisäksi puhekyvyn säilyttäminen on tärkeä tekijä. Rintasyöpäpotilailla eloonjäämisen ohella merkittäviä lopputuloksia ovat hoidon aiheuttamat kosmeettiset seuraukset sekä hormonaalisen terveyden säilyminen.

Lenz et al. (2004) tutkivat New Yorkilaisen potilasaineiston avulla lääkäreiden vastaanottokäyntien ja hoitajavastaanottokäyntien aiheuttamien lopputulosten vertailukelpoisuutta. Ensimmäisessä vaiheessa, joka käsitti 6 kuukauden seurannan ensimmäisestä ajanvarauksesta, tutkimuksen perusteella lopputulokset terveydentilan ja potilastyytyväisyyden suhteen olivat hyvin samankaltaiset riippumatta siitä, oliko potilas käynyt lääkärin vastaanotolla tai hoitajan vastaanotolla. Tutkimuksen toisessa vaiheessa, 2 vuoden seurantajakson aikana saadut tulokset olivat yhtenäisiä ensimmäisen vaiheen tuloksien kanssa. Lopputulokset koostuivat terveydentilan tasosta, potilastyytyväisyydestä, erikoislääkäreiden ja tehohoidon resurssien hyödyntämisestä ja sairaalahoidon toistumisen määrästä. Kaikissa edellä kuvatuissa lopputulokset olivat samalla tasolla, riippumatta siitä, oliko ensimmäisen ajanvarauksen ja sitä seuraavan jatkohoidon toteuttanut lääkäri vai hoitaja. (Lenz et al. 2004)

2.2.3 Terveydenhuollon palveluiden tehokkuuden arviointi

Terveydenhuollon tehokkuuden mittaamiseen liittyvien tutkimusten vertailemiseen liittyy aina haasteita. Haasteiden ilmaantumiseen vaikuttaa tutkimuksiin liittyvät useat tekijät, kuten datan saatavuus, käytettävän mittausmallin ongelmat, erilaiset arviointitekniikat ja datan laatu. Yllä mainittujen ja monien muiden tekijöiden johdosta eri tutkimusten tulokset eivät usein ole vertailukelpoisia. (Hollingsworth 2003, s. 203)

Terveysthuollon ekonominen tehokkuus kuvastaa organisaation suoriutumista. Tehokas terveysthuollon organisaatio saavuttaa paljon suhteutettuna sen käytössä oleviin resursseihin ja vastaavasti tehoton organisaatio käyttää resurssejaan ylimalkaisesti saavuttamatta laajemmalla resurssien käytöllä parempaa suoriutumista. (WHO 2000, s. 42)

Terveysthuollon ekonominen tehokkuus vastaa tehokkuus/käyttöastetarkastelua, jossa hoitajavastanottoiminnasta kertyviä suorituskirjauksia verrataan niiden aikaansaamiseen kohdistuneeseen työaikaan. Käytännössä tämä tarkoittaa päivittäisten suoritteiden tarkastelemista suhteessa sairaanhoitajan työpäivän pituuteen.

Hollingsworthin (2003, s. 205) terveysthuollon tehokkuuden mittaamiseen keskittyvässä kirjallisuuskatsauksessa nousi esiin, että tehokkuustarkastelussa tuotoksia edustavat lähes yksinomaan fyysistä aktiviteettia kuvaavat kvantitatiiviset suureet, kuten sairaalapotilaiden hoitopäivien lukumäärä tai kotiutuksien lukumäärä. Vain 10 tutkimuksessa läpikäydyistä 188:sta käytettiin hoidon lopputuloksia kuvaavia kvalitatiivisia suureita, jotka mittasivat yksittäisten henkilöiden terveydentilassa tapahtuneita muutoksia. Panosten suureet keskittyvät kirjallisuuskatsaukseen valikoiduissa tutkimuksissa henkilöstön palkkakustannuksiin, joten kirjoittajan mukaan suurin osa tehokkuustarkasteluiden tuloksista kuvaavat vain yksinkertaista teknistä tehokkuutta.

Tutkimusta terveysthuollon tehokkuuden alueella tulisi siis edelleen arvioida harkinnanvaraisesti ja tutkimuksien tuloksia tulkita ja käyttää varovaisesti. Ongelmia aiheutuu edelleen sekä terveysthuollon *oikeiden* tuotosten että terveydentilassa tapahtuvien muutosten mittauskäytävyydestä ja saatavilla olevan datan huonosta laadusta. (Hollingsworth 2003, s.209)

Hollingsworthin artikkelin löydökset tukevat näkemyksiä siitä, että mitattaessa terveysthuollon prosesseja ja suoritteita täytyy tarkastelutason olla riittävän yksityiskohtainen. Vain tarpeeksi yksityiskohtaisella tasolla voidaan saada aikaan relevantteja ja vertailukelpoisia tuloksia.

Tässä tutkimuksessa tehokkuuden arvioimisen käsite on nostettu esiin, sillä hoitajavastanottoja pitävät sairaanhoitajat toimivat HYKS Syöpäkeskuksessa organisaation panoksina. Se, miten hyvin heidän työ on kohdennettu, voidaan nähdä yhtenä Syöpäkeskuksen tehokkuuden osa-alueena. Sairaanhoitajien työn kohdentamiseen liittyy myös olennaisesti kysymys siitä, tekevätkö sairaanhoitajat oikeinta asioita juuri tehokkuuden näkökulmasta.

2.3 Terveysthuollon arvontuotanto

Arvo (myös *lisäarvo*) on konteksti- ja näkökulmariippuvainen tekijä, jonka lähtökohtana tyypillisesti nähdään asiakas. Asiakkaalle tuotettu arvo, sen määritelmä ja mittaaminen riippuvat täysin siitä, kuka on tarkasteltavan toiminnon asiakas.

Toimittaessa kliinistä hoitotyötä ulkoisiin asiakkaisiin nähdään kuuluvan potilaat, perheet, maksajat ja toiminnan valvojat. Sisäisiin asiakkaisiin kuuluvat lääkärit, sairaanhoitajat, sihteerit ja muut hoitotyöhön osallistuvat henkilöstön jäsenet. Yleisesti hoidon arvoa asiakkaalle määrittävät sen laatu, turvallisuus ja tarkoituksenmukaisuus. (Kim et al. 2006, s. 192)

Lähdettäessä liikkeelle terveydenhuollon ammattilaisten eettisestä vastuusta auttaa heidän potilaitaan, eikä vahingoittaa heitä, voidaan sanoa, että he tuottavat arvoa. Autetut potilaat esittävät varsin havainnollista ja toimivaa nimittäjää arvon yhtälössä. Arvon yhtälön osoittajaan liittyy kysymys: *kenelle arvoa tuotetaan?* On tärkeää pitää mielessä, että terveydenhuollon arvontuotannon tulisi kohdistua samanaikaisesti sekä koko yhteiskuntaan, että potilaisiin yksilöinä. (Weeks et al. 2013, s. 136)

Eettisen vastuun ja auttamisen kautta syntyvän arvontuoton käsittely jää kuitenkin yleiselle tasolle. Arvontuottamisen mallintaminen, mittaaminen ja vertailu eri terveydenhuollon toimijoiden välillä vaativat tarkempaa ja kontekstisidonnaisempaa tarkastelua. Terveydenhuollossa tuotetun arvon kategorisoiminen erilaisten teemojen alle on myös tarkoituksenmukaista, kun arvontuoton tarkastelun kautta arvioidaan erilaisten terveydenhuollon palveluiden onnistumista.

Porterin & Teisbergin (2006, s. 111) mukaan arvoa tuotetaan terveydenhuollossa tekemällä rajattu määrä asioita esimerkiksi hyvin, eikä tekemällä kaikkea mahdollista, mihin kirjoittajat toteavat terveydenhuollon kokonaisuuksien organisoimisen nykyisellään pohjautuvan. Arvontuotto perustuu kokonaisuin tautikohtaisiin hoitoketjuihin, jotka koostuvat ehkäisyn ja seurannan kautta diagnoosista, valmisteluista, toimenpiteistä, palautumisesta ja pitkän aikavälin hallitsemisesta (Porter & Teisberg 2006, s. 84).

Young & McCleanin (2008) mukaan terveydenhuollossa tuotettava arvo on tarpeen määritellä vähintään kolmessa eri ulottuvuudessa. Heidän mukaan näihin kolmeen ulottuvuuteen kuuluvat kliininen, operaationallinen ja kokemusperäinen arvo. Kliinisellä arvolla tarkoitetaan primääriä arvoa, jonka tavoitteena on potilastyytyväisyys saadusta hoidosta. Operaationallisella arvolla kuvataan terveydenhuollon toimien järjestämistä tehokkuuden näkökulmasta ja sen mittaamisessa käytetään usein terveydenhuollon kuluihin pohjautuvaa arviointia. Ensisijaisesti operaationallista arvoa arvioivat terveydenhuollon palveluiden tarjoajat sekä johtoryhmät, joskin klinikot ja potilaat arvioivat terveydenhuollon suoriutumista myös tässä ulottuvuudessa. Kokemusperäisen arvon ulottuvuus kuvaa niitä kokemuksia mitä potilaat ja hoidon tarjoajat arvottavat, kuten kokemukset empaattisuudesta. (Young & McClean 2008)

Terveydenhuollon henkilöstön aika- ja ammattitaitopankseen perustuva näkökulma arvontuottoon on erityisessä asemassa tämän tutkimuksen suhteen. Hoitajavastaanottoa pitävien sairaanhoitajien ammattitaitopanksen kohdentamisessa voidaan nähdä tavoite työn sisällöstä, jossa mahdollisimman suuri osa sairaanhoitajan työpanoksesta kohden-

tuu juuri siihen osuuteen työstä, joka erottaa hoitajavastaanottoa pitävän sairaanhoitajan työn muiden sairaanhoitajien työstä. Hoitajavastaanottoa pitävien sairaanhoitajien työnkuvan tulisi sisältää lääkäreiltä siirrettyjä tehtäviä. Myös potilaskontaktit ja niiden määrä katsotaan suoraan lukeutuvan sairaanhoitajien arvontuotantoon, niin potilas, kuin toiminnallisesta näkökulmasta.

2.3.1 Potilaslähtöinen arvo

Arvon tuottaminen terveydenhuollon toimintaympäristössä on vahvasti sidoksissa potilaaseen. Vaikka tämän tutkimuksen empiirisessä osiossa ei lähestytty ongelmaa potilasnäkökulmasta, nähtiin potilaslähtöisen arvon käsitteleminen ja käsitteen avaaminen ensiarvoisen tärkeäksi työn kokonaisuuden kannalta.

Arvoa syntyy, kun potilaalle toimitettu hyödyke tai palvelu on jotain sellaista, mistä potilas ja/tai asiakas, kuten esimerkiksi vakuutusyhtiö, on valmis maksamaan. Potilaat ovat valmiita maksamaan muun muassa oikeaan aikaan toimitetuista oikeista lääkkeistä; oikeasta diagnoosista ja oikeasta sairaanhoitopalvelusta, jotka ovat toimitettu ilman hukkaa ja virheitä; asianmukaisesta hoidosta sekä oikea-aikaisesta kotiutuksesta. (Grunden & Hagood 2012, s. 16)

Joissain tilanteissa terveydenhuollon toimenpiteiden tarpeellisuus ja potilaan halut tai toiveet ovat ristiriidassa. Näissä tilanteissa potilaalle tuotettu arvo voi vaihdella suurestikin riippuen siitä, tarkastellaanko sitä palvelun tuottajan vai itse potilaan näkökulmasta. Weeks et al. (2013, s.137) mukaan potilaan näkökulmasta arvoa voidaan tuottaa vain silloin, kun potilaalle on tarpeeksi tarkoin tiedotettu toimenpiteen kliinisestä tarpeesta ja kun potilas on pyytänyt toimenpidettä. Kirjoittajat esittävät, että toimenpiteen toteuttaminen silloin, kun potilas ei ole sitä toivonut tai halunnut, altistaa potilaan haitalliselle riskille ilman mahdollisuutta hyötyä siitä.

Porter & Teisberg (2006, s. 158) korostavat, että terveydenhuollon arvo potilaalle voidaan ymmärtää ainoastaan taudinkuvaan tai terveydentilaan perustuvalla tasolla. Arvon tuottamisen määrää se, kuinka hyvin terveydenhuollon organisaatiot tuottavat hoitoa erillisiin terveydentiloihin, eikä se, miten laajan palveluvalikoiman organisaatio käsittelee. Arvontuotto realisoituu kirjoittajien mukaan eri taudinkuvissa käytettyjen aktiviteettien ja spesialiteettien kokonaisuuden myötä.

2.3.2 Arvoon perustuva kilpailuasetelma

Yksi terveydenhuollon tuottamaan arvoon liittyvistä näkökulmista on reformaatio, jossa terveydenhuollon toimijoiden välinen kilpailu tulisi perustumaan eri toimijoiden kykyyn tuottaa arvoa potilaille. Luonnollisesti reformaatio vaatisi vertailukelpoisen tavan mitata arvontuotantoa eri toimijoiden välillä.

Porter & Teisberg (2006, s. 4) esittävät terveydenhuollon suureksi muutospaineeksi sen uudelleenjärjestäytymisen potilasarvosta kilpailun ympärille. Kun arvoa mitataan tuotosten ja niihin sitoutuneiden rahamääristen kulujen suhteena ja kun kaikki toimijat kilpailevat arvosta, nousee terveydenhuollon tuottama arvo potilaalle väistämättä.

Arvontuoton tarkastelun keskittyessä sille tasolle, missä sitä todellisuudessa tuotetaan (hoidettaessa esimerkiksi diabetestä, polvivammaa tai sydämen vajaatoimintaa), mahdollistetaan vertailukelpoisen arvon mittaaminen. Tällöin taudinkuvaan perustuvia tuotoksien ja kustannusten suoran mittaamisen kautta voidaan määritellä prosessissa tuotettu arvo. Kohdennetumpi ja taudinkuvaan perustuva arvonmäärittely on tarkempaa ja informatiivisempaa kuin valtakunnallisen, tai edes organisaatiotasaisen arvon määrittelyn arviointi. (Porter & Teisberg 2006, s. 99)

Porter & Teisberg (2006) määrittelevät terveydenhuollon prosesseissa tuotetun arvon seuraavasti:

$$\text{Prosessissa tuotettu arvo} = \frac{\text{Taudinkuvaan perustuvat tuotokset}}{\text{kohdennetut kustannukset}}$$

Suureen osaan potilaan hoidon kokonaiskustannuksista liittyy jaettu resursseja, kuten lääkärityö, muun henkilöstön työ, tilat ja välineet. Mitattaessa todellisia kustannuksia, jaetuista resursseista aiheutuneet kustannukset täytyy kohdistaa yksittäisille potilaille hoidon yhteydessä toteutuneen resurssien käytön mukaan, ei keskiarvojen perusteella. Eri terveydentilojen hoitoon liittyvät suuret kustannuserot ja samaan terveydentilan hoitoon eri potilaiden välillä liittyvät kustannuserot paljastavat molemmat mahdollisuuksia kustannusten leikkaamiseen. (Porter 2010, s. 2481)

Porterin ja Teisbergin arvonmäärittäystä voidaan pitää jossain määrin idealistisena ja sen toteuttamiskelpoisuutta nykyisiin terveydenhuollon systeemeihin on vaikea kuvitella toteutettavan ilman massiivisia muutoksia. Kuitenkin se tarjoaa näkökulman, joka liittyy tämän tutkimuksen tavoitteisiin merkittävästi. Vertailukelpoisuuden ja toiminnanohjausnäkökulman toteuttaminen terveydenhuollon piirissä vaatii paljon täsmällistä määrittelyä, jotta asioiden johtaminen voisi olla objektiivista ja tehokasta.

Feeley et al. (2010, s. 407) mukaan silloin, kun käydään mitä tahansa keskustelua terveydenhuollon kustannuksista, on äärimmäisen tärkeää määritellä se, kenen kustannuksia analysoidaan. Yleisesti terveydenhuoltoa tuottavat organisaatiot ovat tietoisia kustannusrakenteistaan, mutta eivät pysty kohdentamaan kustannuksiaan tautikohtaiselle tasolle. Kirjoittajat esittävät tämä johtuvan siitä, että terveydenhuollon palveluiden tarjoajat seuraavat sitä, mitä eri toimenpiteistä voidaan laskuttaa eivätkä sitä, mitkä toimenpiteen todelliset kustannukset ovat.

Feeley et al. (2010, s. 407-408) esittävät, että ideaali kustannusten määrittämisen systeemi perustuisi yksittäisten potilaiden tiettyihin terveydentiloihin ja että se mittaisi kus-

tannuksia jokaiselle potilaalle kokonaisten hoitoketjujen suhteen. Kustannusrakenne tulisi muodostua hyödynnettyjen resurssien aiheuttamista kustannuksista. Optimaalisin malli kustannusten määrittelyn pohjalle olisi ottaa ylös todellinen aika, joka terveydenhuollon palvelun tarjoajalta ja tukipalvelujen tarjoajalta kuluu toimenpiteen tai hoidon toteutukseen. Terveydenhuollossa yllä kuvatun mukaiseen laskentatoimeen ei ole juuri-kaan ryhdytty resurssien puutteen, toteutukseen liittyvien kustannusten ja kulukorvaustilanteiden kompleksisuuden takia. (Feeley et al. 2010, s. 407-408)

Kulujen minimoiminen nähdään yksikertaisesti vääränä tavoitteena, eikä sen avulla aikaansaadut tulokset edistä terveydenhuollon järjestämistä. Hukan ja tarpeettomien palveluiden poistaminen on hyödyllistä, mutta säästöjen tulisi pohjautua todellisiin tehokkuuksiin, eikä vaihtoehtokustannusten luomiseen, hoidon rajoittamiseen tai laadun heikentymiseen. Kaikkia terveydenhuollon ratkaisuja ja politiikoita tulisi peilata potilasarvoon, johon valloillaan oleva systeemi on kykenemätön. (Porter & Teisberg 2006, s. 98)

Arvon mittaaminen voi perustua vain kokonaisiin hoitoketjuihin, ei yksittäisiin toimintoihin, palveluihin, vastaanottokäyntiin tai testiin. Hoito on perinteisesti kuitenkin rakentunut yksittäisten lääketieteellisten erikoistoimintojen ja erillisten toimenpiteiden arvottamiseen hoitoketjunäkökulman sijaan. Lääkärit toimivat freelancer-tyyppisesti toteuttaen spesialiteettejään ja laskuttaen niihin pohjautuen. Kokonaisten hoitoketjujen hahmottaminen on hankalaa, sillä terveydenhuollon toimijat eivät tarkastele toimia kokonaihoidon perspektiivistä. Kokonaihoidollinen tarkastelu sisältää ehkäisevän työn ylimääräisten toimenpiteiden välttämiseksi ja itse taudin hoidon, joka sisältää myös taudin uusiutumisen ehkäisyn. Nykyinen terveydenhuollon palvelujen rakentuminen toteuttaa edelleen vanhanaikaista mallia, jonka vaikutukset potilasarvoon nähdään epäsuotuisiksi. (Porter & Teisberg 2006, s. 5)

Arvoon perustuva kilpailu on positiivinen summa. Kun arvoa nostetaan, sekä siihen kykenevät organisaatiot, että potilaat (asiakkaat) hyötyvät. Yritykset, jotka löytävät innovatiivisia tapoja tuottaa arvoa ovat voittajia, heidän palkintonaan on liiketoiminnan kasvu. Myös potilaat hyötyvät, sillä laatu kasvaa ja hintoihin kohdistuu alenemispaineita. Mitä enemmän on niitä yrityksiä, jotka tuottavat potilaille ensiluokkaista arvoa, sitä enemmän on voittajia. Ainoita häviäjiä ovat ne yritykset, jotka ovat kykenemättömiä tuottamaan arvoa. (Porter & Teisberg 2006, s. 33)

Vaikka Porterin ja Teisbergin arvonnäilytykseen perustuva esitetty terveydenhuollon reformaatio on kokoluokaltaan valtava muutos, sen perusajatus potilasarvon merkittävyydestä on tärkeä. Terveydenhuollon johtaminen vaatii paljon määrittelyä ja ajatus terveestä potilasarvoon sitoutuneesta kilpailusta haastaa nykyisiä terveydenhuollon systeemejä tarkoituksenmukaisella tavalla. Arvoon perustuva kilpailu pitää potilasta ja muutoksia potilaan tilassa tarkastelun keskiössä. Sama on ominaista lean-ajattelulle terveydenhuollossa, jota käsitellään seuraavaksi.

2.4 Lean terveydenhuollossa

Lean-ajattelutavan juuret ovat autoteollisuudessa, tarkemmin Toyotan tuotannossa Japanissa 1950- ja 1960-luvuilla. Ennen lean-ajattelun pohjana toimivaa *Toyota Production Systemiä* (TPS) tunnistettavissa oli kaksijakoinen autoteollisuus massatuotannon ja käsityön välillä. Toyotan tuotanto poikkesi molemmista merkittävästi, yhdistäen molempien parhaat puolet ja välttämällä toisaalta käsityön suuret yksikkökustannukset ja samalla massatuotannon kankeuden. Yksi suurimmista massatuotannon ja lean tuotannon eroista oli niiden toisistaan poikkeavat tavoitteet; massatuotannossa pyrittiin ylläpitämään ”tarpeeksi hyvää” tuotannon tasoa, lean tuotannossa taas tavoiteltiin täydellisyyttä tehostaen kustannuskilpailukykyä ilman virheitä ja varastoja sekä tavoitellessa loputonta tuotevariointia. (Womack et al. 1990 s. 11-14)

Merkityksellistä leanin synnyssä on myös se, minkälaisessa tilanteessa Japani oli maana toisen maailmansodan jälkeen. Maassa oli merkittävä resurssipula, niin sanottu niukkuuden talous, jossa eniten pulaa oli maa-alueista, teknologiasta ja koneista, raaka-aineista sekä taloudellisista resursseista. Niukkuuden talous pakotti Toyotan kehittämään uuden suhtautumisen resurssipulaan ja loi pohjan virtaustehokkuuteen keskittymiselle. (Modig & Åhlström 2013, s. 71)

Womack et al. (1990, s. 99) esittävät, että todellisessa lean-tehtaassa on kaksi tärkeää tunnuspiirrettä; se siirtää maksimaalisen määrän tehtäviä ja vastuualueita niille työntekijöille, jotka todella lisäävät arvoa tuotantolinjalla kulkevaan autoon sekä tehdas sisältää virheitä tunnistavan systeemin, joka reagoi nopeasti esiintyviin ongelmiin sekä tuo esiin ongelmien perimmäiset syyt. Womack et al. (1990) tunnistavat lean tuotannolle neljä periaatetta:

- Tiimityöskentely
- Kommunikaatio
- Resurssien tehokas hyödyntäminen ja hukan poistaminen
- Jatkuva parantaminen

TPS:ssä kaikki perustuu asiakkaaseen, olipa se sitten ulkoinen tai sisäinen asiakas. Sisäinen asiakas voisi olla esimerkiksi mekaanikko, joka tarvitsee tietyn osan varastosta tai sairaanhoitaja, joka tarvitsee tietyn lääkkeen apteekista. Ulkoinen asiakas voi olla esimerkiksi jakeluketjun edustaja, joka on tilannut uusia automalleja esittelytilaansa tai potilas sängyssä 301D, joka tarvitsee kivunhoitoa. TPS:ssä tavoitteet ovat samat kaikkien asiakkaiden suhteen: toimita asiakkaalle tarkalleen mitä he tarvitsevat, oikeaan aikaan, aina ilman virheitä ja turvallisessa ympäristössä, parhaimpaan mahdolliseen hintaan ilman hukatekijöitä. Potilaan ollessa asiakas, TPS tarjoaa ideaalin mallin hoidon toteuttamiselle. (Thompson et al. 2003, s. 588)

Womack & Jones (1996) havaitsivat lean-ajattelua soveltaville yrityksille yhteisiä tunnuspiirteitä ja näkivät tarpeen kommunikoida tunnuspiirteet kiteyttäen ne viiteen askeleeseen. Lean-ajattelun viisi askelta ovat:

1. Määrittele arvo tarkasti loppukäyttäjän näkökulmasta tuotteelle, joka tarjoaa tiettyt spesifit ominaisuudet ja joka tarjotaan tiettyyn hintaan ja tiettyyn aikaan
2. Tunnista jokaisen tuotteen ja tuoteperheen arvovirta ja poista siihen liittyvä hukka
3. Laita jäljelle jääneet arvoa tuottavat toiminnot virtaamaan
4. Tarjoa asiakkaalle vain sitä mitä asiakas haluaa ja vain silloin kun asiakas haluaa sen
5. Tavoittele täydellisyyttä

Kaikki tehottomuuden tai *hukan* (*muda* japaniksi) muodot, jotka eivät lisänneet tuotteeseen arvoa ja jotka hidastivat virtausta yrityksen prosessien läpi, haluttiin Toyotalla kitkeä pois. Seitsemän hukan muotoa, jotka jarruttivat tuotantovirtausta, eivätkä tuoneet arvoa tuotteelle tai asiakkaalle ovat Modigin & Åhlströmin (2013, s.75) mukaan:

- Tarpeeton tuotanto/liikatuotanto
- Turha odottelu
- Tarpeettomat materiaalien ja tuotteiden kuljetukset
- Tarpeeton työ/liikatyö
- Tarpeeton varastointi
- Tarpeettomat työntekijöiden liikkumiset ja liikkeet
- Tarpeettomat virheet, työn tekeminen uudelleen tai päällekkäinen työ

Hukkatoimintojen tarkastelu on sovellettavissa organisaation sen toimialasta riippumatta. Tärkeää hukan tarkastelemisessa ja poistamisessa on prosessi, jossa yritykset selvittävät ja mallintavat toimintaansa havaitakseen hukkatoimintoja.

Lean pohjautuu yksinkertaisiin periaatteisiin, joiden avulla pyritään välttämään saarekeajattelua (oman ryhmän tai osaston edut muiden edelle, lopputuloksena huonompi kokonaisuus) ja keskittymään asiakkaan tarpeisiin. Leanin yhtenä vahvuutena on nähty sen sovellettavuus eri aloilla hukan ja lisätyön poistamisen työkaluna. Leanin käsitteen määritelmä on kuitenkin hämärä ja monesti se ymmärretään väärin. (Modig & Åhlström 2013, s. 67)

Leanin sovellettavuutta tämän tutkimuksen tavoitteisiin ei voida vähätellä. Lean ja tehokkuustarkastelu molemmat ottavat kantaa siihen, että työntekijöiden tulisi keskittyä oikeiden asioiden tekemiseen ollakseen arvokkaita yritykselle. Leanissa korostuu myös käytännönläheinen työn määrittely, jossa pureudutaan päivittäiseen toimintaan. Hoitajavastaanottotoiminnassa niin ikään toimien uudelleenjärjestäminen vaatii määrittelyä ja tietoa päivittäisestä operatiivisesta toiminnasta.

2.4.1 Hukan kytkeytyminen arvoon

Hines et al. (2004, s. 997) esittävät, että arvoa syntyy jos sisäistä hukkaa pienennetään, jolloin hukkana nähtyjen toimintojen aiheuttamat kustannukset pienenevät ja arvoehdotus asiakkaalle kokonaisuudessaan kasvaa. Arvoa voidaan myös kasvattaa tarjoamalla niitä lisäpalveluita tai -tuotteita, joita asiakas tarvitsee tai haluaa. Edellä mainitut voivat tuoda mukanaan lyhemmät toimitusrytmit tai pienemmät toimituserät, jotka eivät välttämättä nosta kustannuksia, muuta suurentavat asiakkaan kokemaa arvoa.

Terveystieteiden arvontuotto perustuu terveydenhuollon henkilöstön aika- ja ammattitaitopankseen, välineisiin ja fyysisiin tiloihin, joissa hoito suoritetaan. Jos nämä panokset jäävät käyttämättä, myös niiden avulla tuotettu arvo häviää. Arvon häviämistä tapahtuu esimerkiksi silloin, kun potilas ei saavu vastaanotolle. Ilmiöstä johtuen terveydenhuollon alalla voidaan havaita ylibuukkausta (samoin tavoin kuin lentoyhtiölle tyyppillistä ylibuukkausta) tai erilaisia maksuja, jotka osoitetaan niille asiakkaille, jotka eivät saavu vastaanottoajalleen. (Berry & Bendapudi 2007, s. 113)

Työajan kohdentaminen ottaa myös kantaa hukan ja arvontuoton tarkastelemiseen. Eri-tyiskoulutettujen sairaanhoitajien arvo (”vastine rahoille”) terveydenhuollon organisaatiolle voidaan maksimoida sillä, että varmistetaan, etteivät he käytä työaikaansa sellaisten tehtävien parissa, jota voisivat suorittaa organisaatiossa alemman koulutuksen omaavat henkilöstön jäsenet (Vidall et al. 2011, s. 24).

Brandao de Souza & Pidd (2011, s. 61) mukaan on tärkeää korostaa, että lean keskittyy vähentämään niitä toimintoja, jotka eivät tuota arvoa. Tämä tarkoittaa yleensä niitä toimintoja terveydenhuollossa, joihin ei liity potilaskontaktia, kuten hallinnollista tai byrokratiaan liittyvää ”paperityötä”. Leanin avulla ei ole tarkoitus vähentää kontaktia potilaan ja klinikon välillä, itseasiassa se ennemminkin tähtää lisäämään vuorovaikutusajan määrää. Kirjoittajat nostavat esiin vanhustenhoitoon keskittyvän tutkimuksen, jossa saatiin arvoa tuottamattomien toimintojen poistamisella vapautettua merkittävä määrä hoitajien aikaa potilashoitotyölle, jota hoitajatkin pitivät työn tärkeimpänä osuutena.

Myös tässä tutkimuksessa pyritään tunnistamaan juuri niitä toimintoja, joiden ajankäyttöä pienentämällä ja joita poistamalla voidaan vapauttaa aikaa arvontuotantoon ja potilaskontaktointiin. Hukkatoimintojen tunnistamisella ja vähentämisellä saavutetaan parhaassa tapauksessa samalla myös läpinäkyvyyden parantumista eri henkilöstöryhmien välillä terveydenhuollon organisaatioissa.

Arvoa tuottavien prosessien tunnistaminen tarjoaa tärkeän perustan hukan poistamiselle. Hyvään lääketieteelliseen laatuun, hoidon saavutettavuuteen ja potilastyytyväisyyteen liittyviä arvoa tuottavia toimintoja voidaan tunnistaa siitä pisteestä, kun potilas ottaa ensimmäisen kontaktin, siihen pisteeseen, kun koko hoitoketju on suoritettu. Näin ollen

arvonvirtauksen määrittämisen voi aloittaa kartoittamalla potilaaseen liittyvien prosessien kaikki toimenpiteet ja toimet. (Kollberg et al. 2007, s. 16)

Bamford & Chatziaslan (2009, s. 757-758) havaitsivat tutkiessaan Iso-Britanniassa yhden sairaalan polikliinisiä toimintoja, että osastoilla ainoastaan mitattavaa ”hukkaa” esittivät potilaiden saapumatta jättämiset vastaanotoille. Niiden osuus kaikista vastaanottokäynneistä oli 11%. Toimien tarkastelu osoitti kuitenkin, että joka neljäs vastaanottokäynti peruutettiin sairaalan toimesta, joka on selkeästi merkittävämpää kuin potilaista johtuneet toteutumattomat vastaanottokäynnit. Toteutumattomien vastaanottokäyntien lisäksi tutkimuksessa arvioitiin vuosittain 40 000 punnan menoerää pelkistä peruutuskirjeistä, joita jouduttiin lähettämään potilaille. Kun peruutuksia ruvettiin mittaamaan, seuraamaan ja raportoimaan, onnistuttiin nostamaan läpinäkyvyyden ja vastuullisuuden tasoa sairaalassa merkittävästi.

Kun hoitajavastaanottoa avataan yksityiskohtaisella ja päivittäisellä tasolla, pyritään tekemään Bamfordin ja Chatziaslanin tekemien havaintojen kaltaisia löydöksiä päivittäisestä toiminnasta. Työajan kohdentamiseen tutustumisen ja yksityiskohtaisen havainnoinnin myötä voidaan luoda sellaista ymmärrystä, joka auttaa toimien uudelleenjärjestelyn pohtimisessa.

2.4.2 Leanin sovelluksia terveydenhuollossa

Brandao de Souza (2009 s. 125) mukaan monet maat jakavat yhteisen huolen terveydenhuollon kustannusten lähes räjähdysmäisestä kasvusta ilman kustannusten nousuun verrattavia parannuksia terveydenhuollon palveluiden tuottamisessa. Terveydenhuollon kustannusten noustessa nähdään kasvava tarve parantaa terveydenhuollon suorituskykyä, jonka mahdollistajaksi voidaan nähdä lean-ajattelun soveltaminen terveydenhuoltoon.

Koulutuksen, terveydenhuollon ja muiden julkisten palveluiden jatkuva parantamisen tarve sekä äänestäjien (palveluiden asiakkaiden) aiheuttama muutospaine ovat ajaneet julkista hallintoa tilanteeseen, jossa odotettu palvelutason nosto aiheuttaisi valtavat kustannukset. Monissa kehittyneissä maissa väestö ikääntyy ja julkisten palveluiden tuottavuuden taso ei yksinkertaisesti ole pysynyt yksityisen sektorin kehitysvauhdissa. Edellä kuvatusen epätasapainon poistamiseksi julkisen puolen päättäjien kiinnostus leanin tarjoamiin menetelmiin, joiden avulla yksityisellä sektorilla on saavutettu jo pitkään hyviä tuloksia, on kasvanut. Leanin merkittävä etu on se, että se kyseenalaistaa julkisen sektorin valloilla olevan näkemyksen siitä, että julkisten palvelujen laadun nostaminen nostaa samalla niiden tuottamisesta aiheutuvia kustannuksia. (Bhatia & Drew 2007)

Perusoletus siitä, että hyvä laatu maksaa enemmän, on lähtökohtaisesti väärä. Terveydenhuollon piirissä on tyypillistä, jopa muita aloja vahvemmin, että paremmat palvelutarjoajat ovat yleisesti myös muita tehokkaampia. Tarkemmat diagnoosit, toimenpiteissä

tapahtuvien virheiden pienempi määrä, matalammat komplikaatioriskitasot, nopeampi palautuminen, pienempi päällekkäisyyksien määrä hoidossa ja hoidon tarpeen minimoiminen ennaltaehkäisyn kautta ovat esimerkkejä siitä, miten hyvä laatu tuottaa vähemmän kustannuksia. Laajemmin ajateltuna hyvä terveys tuottaa vähemmän kustannuksia kuin sairaus. Parempien palveluntarjoajien liiketoiminta on yleensä kannattavampaa, vaikka hinnat olivat samat tai alhaisemmat huonompiin toimijoihin verrattuna, joten laadun parantaminen ei lähtökohtaisesti tarkoita automaattista kustannusten nousua. (Porter & Teisberg 2006, s. 7)

TPS:ssä tunnistettiin seitsemän tyypillistä hukan muotoa. Myös terveydenhuollon palveluihin on kehitetty oma hukkajaottelu. Grundenin & Hagoodin (2012, s. 13-14) esittämät terveydenhuollon kahdeksan hukkaa ovat:

- Virheet
- Ylituotanto
- Odotus
- Lahjakkuuden hukka (esimerkiksi kun lääkäri tekee sihteerin tehtäviä)
- Siirtely
- Varastot
- Liike
- Liiallinen prosessointi

Hukkaa ovat Grundenin & Hagoodin (2012, s. 13) mukaan kaikki ne prosessin vaiheet, jotka eivät suoraan tarjoa potilaalle tai asiakkaalle parempaa hoitoa. Mahdollista hukkaa terveydenhuollon kentässä edustavat esimerkiksi vastaanoton tai toimenpiteen suunnitellun ajankohdan ja toteutuneen ajankohdan välinen viivästys, ylikapasiteetti, vastaanottoon tai toimenpiteeseen liittyvä valmistelu-aika, laitteiston seisonta-aika sekä lähetteidensä käsittelyn epäsujuvuudet (Kollberg et al. 2007, s. 16). Edellä mainittujen lisäksi kirjoittajat tunnistivat potilaiden siirtelyn ja ajanvarauksen käytäntöjen olevan toisinaan hukkaa aiheuttavia toimintoja.

Jimmerson et al. (2005) esittävät leanin periaatteiden soveltamisen Montanan Community Medical Centeriin perusteena havaitun hukan terveydenhuoltolaitoksen päivittäisessä toiminnassa. Hukan primäärisen syyn arvioidaan olevan se, ettei prosesseja ole yleisesti terveydenhuollon toimintaympäristössä juuri koskaan määritelty tarkasti. Prosessien määrittelyn puute johtaa epäjohtonmukaisuuksiin, vaihteluun toimitusketjussa, sekä toistuviin hoitohenkilökunnan hoitotyön keskeyttämisiin. Edellä mainituista aiheutuu luonnollisesti tehottomuutta, kustannuksia, altistumista virheisiin sekä työntekijöiden turhautumista.

Jimmerson et al. (2005) mukaan leanin käyttöönotolla saavutettiin työntekijöiden muutunut suhtautuminen päivittäiseen työhön sekä sen myötä kehittynyt kyky nähdä ja arvioida päivittäisessä työssä esiintyvää hukkaa. Leanin myötä työntekijät alkoivat tunnistaa

sellaisia hukan ja tehottomuuden muotoja, joiden he olivat aikaisemmin olettaneet olevan vain osa päivittäistä toimintaa. Työntekijät oppivat hankkeen myötä myös arvottamaan hukattua aikaa rahamääräisesti ja hahmottamaan tehottomuuksien taloudellista merkitystä kokonaisuudessa (eli ”isommassa kuvassa”). Kirjoittajat nostavat myös esiin, että muutosten läpivieminen oli sujuvaa muun muassa laboratorion, apteekkitoiminnan ja IT-osaston puolella niiden ollessa valmiiksi prosessorientoituneempia, kuin esimerkiksi hoitajaosastoilla, joilla ongelmien havaitseminen ja ratkaiseminen havaittiin työläämmäksi.

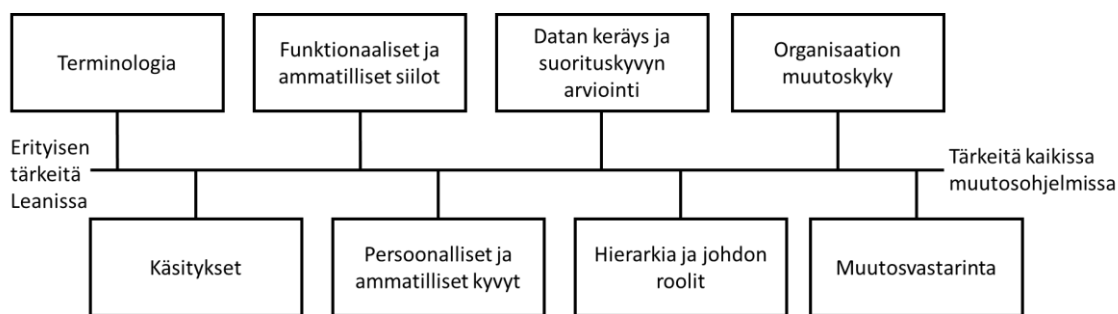
On tärkeää pitää myös tämän tutkimuksen tavoitteena sitä, että mahdollista havaittua hukkaa opitaan myös itse yrityksessä seuraamaan ja sitä kautta vähentämään. Hukkatarkastelun ja arvotuotannon tarkastelun tuominen osaksi hoitajavastaanottoa pitävien sairaanhoitajien päivittäistä työtä on tärkeää, mikäli halutaan edistää muutoksia, joilla pienennetään hukkaa ja korostetaan arvotuotantoa.

Mazzocato et al. (2014) ovat tutkineet sitä, miten terveydenhuollon eri alojen kompleksisuuden aste vaikuttaa siihen, kuinka ne ottavat vastaan homogeenisen lean-pohjaisen muutosallion. Kirjoittajat tutkivat kahta nenä-/korva-/kurkkuosastoa, kahta lastentautien osastoa, gynekologian osastoa, sisätautien osastoa sekä kirurgian osastoa. Tutkimuksessa havaittiin, että vähemmän kompleksiset osastot, nenä-/korva-/kurkkuosastot sekä gynekologinen osasto, omaksuivat isomman osan muutosallion tuomista parannuksista verrattuna sisätautien, lastentautien ja kirurgian osastoihin. Vähemmän kompleksisten osastojen tasapainoisempi kysyntä-tarjonta yhtälö toimi myötävaikuttajana muutosallion onnistumiseen. Sisätautien, lastentautien ja kirurgian osastoilla monimutkaisuuden aste hankaloitti muutosten ylläpitoa. (Mazzocato et al. 2014)

2.4.3 Leanin soveltamisen haasteet terveydenhuollossa

Mazzocato (2012, s. 39) esittää tutkimuksensa nostaneen esiin useita haasteita leanin soveltamisessa ja sovittamisessa terveydenhuollon toimintaympäristöön. Näihin haasteisiin kuuluvat: hoitoprosessien monimutkainen yleisluonne, sairaaloiden missioiden koulutuksellinen puoli, ammatti-identiteetteihin liittyvät konfliktit sekä kestävyyteen ja jatkuvaan parantamiseen liittyvät konfliktit. Yllä kuvattujen haasteiden ymmärtäminen ja käsitteleminen ovat tärkeässä roolissa, kun leanilla tähdätään terveydenhuollon palveluiden parantamiseen.

Kaikkiin muutosohjelmiin liittyy omanlaisiaan haasteita. Kuvassa 2 on esitetty tyypillisiä haasteita leanin implementoinnissa terveydenhuollon organisaatioihin sekä niiden suhdetta haasteisiin, jotka liittyvät yleisesti muutosohjelmiin terveydenhuollon organisaatioissa.



Kuva 2. Lean implementoinnin esteiden kirjo (mukaillen Brandao de Souza & Pidd 2011, s. 65)

Brandao de Souza & Pidd (2011, s. 65) mukaan kuvassa 2 esitetyt esteet perustuvat tutkijoiden tekemiin terveydenhuollon ammattilaisten haastatteluihin ja heidän kokemuksiansa Iso-Britanniassa. Kirjottajat toteavat, että esteiden vuoksi leanin omaksuminen terveydenhuoltoon on merkittävästi jäljessä teollisuuden leanin omaksumista.

Arvonmäärityksen standardoinnilla terveydenhuollon kentässä voitaisiin saavuttaa mitattavia etuja myös lean-ajattelun mukaisessa hukkatoimintojen tunnistamisessa ja poistamisessa. Yhteisellä arvonmäärittelyn viitekehyksellä ja toteutuksella mahdollistettaisiin erilaisten hukkatoimintojen poistamisen ja siitä saatavien hyötyjen tarkastelu aiempaa vertailukelpoisemmalla tavalla.

Ennen kuin arvosta on yhteistä vertailukelpoista näkemystä, ei voida arvioida miten eri hukkaa poistavien toimintojen aiheuttamat hyödyt suhtautuvat toisiinsa. Tämän takia on kriittisen tärkeää määrittää lean-ajattelun käyttöönoton vaatimat työkalut arvonmääritykseen ja niiden suhtautuminen vallitseviin arvo-konsepteihin nykyisessä terveydenhuollon systeemissä. Leanin hyödynnettävyys riippuu suurelta osin siitä, miten onnistunut viitekehys suhteessa nykyisiin systeemeihin pystytään luomaan. (Young & McClean 2008, s. 385)

2.5 Hoitajatyön mittaaminen

Hoitajien työ poikkeaa lääkärien työstä merkittävästi sen sisältävien ”pehmeiden puolien” myötä. ”Pehmeä puoli” työstä sisältää muun muassa läsnä olevuuden ulottuvuudet. Toisaalta hoitajavastaanottoa pitävien sairaanhoitajien työ on jotain perinteisen hoitajatyön ja lääkärintyön väliltä ja sen järjestämisessä pyritään lääkärintyötä mukailevaan työnmuotoiluun.

Tutkittaessa hoitajatyön suorittamista panosten ja tuotosten välisenä suhteena päädytään tilanteeseen, jossa mitattavia suureita ovat pelkästään ne tehtävät, jotka ovat rutiininomaisia tai ennalta määriteltäviä. Samalla huomataan, että hoitajatyön ”pehmeitä” puolia on vaikea määrittää siten, että ne olisivat vertailukelpoisia rutiinimaisten ja ennalta määriteltävien tehtävien kanssa. Tästä syystä hoitajien työn kvantitatiivinen mittaaminen on

haastavaa ja samasta syystä hoitajatyön arvioinnin suorittaminen vaatii tyypillisesti tutkivaa työtä kyselylomakkeiden ja haastattelujen muodossa. (Abukhader 2012, s. 117)

Hoitajavastaanottojen työn kohdentumisen arvioinnissa kohdataan juuri tämä tilanne, jossa johto pystyy arvioimaan hoitajavastaanottojen toimia perustuen pelkästään suorittekirjauksiin. Samasta syystä toiminnan kehittäminen vaatii tutkivaa työtä hoitajavastaanottojen päivittäisestä operatiivisesta toiminnasta.

Hoitajatyö on osa suurempaa palvelukokonaisuutta, joka tuotetaan potilaalle. Lääkärin osuus potilaan hoidosta on tyypillisesti äärellinen, kun taas hoitajan tuottama hoito on läsnä olevampaa ja jatkuvampaa. Tästä syystä on mielekästä arvioida institutionaalista taloudellista tuottavuutta kiinnittämällä huomio hoitajien osuuteen kokonaishoidosta. Pyrkiessä mittaamaan hoitajien tuottavuutta vertauskelpoisesti täytyy lähtökohtana pitää laajamittaista hoitajatyön panosten ja tuotosten määrittelyä sekä yhteisiä sääntöjä niiden mittaamiselle. (Curtin 1995, s. 32-33)

Terveystenhuollon organisaatioiden hierarkkisuus ja lääkäripohjainen johtajarakenne asettavat omat haasteensa hoitajatyön mittaamiselle, sillä lääkäreiden koulutukseen sisältyy hyvin rajallinen määrä liiketoimintaan liittyvää sisältöä. Hoitajatyön mittaamisen haasteisiin liittyy ainakin kaksi merkittävää akselia, johtajatyön hierarkiapohjainen etäisyys hoitajatyöstä sekä kommunikaation ja vuoropuhelun vähyys (tai puuttuminen) eri henkilöstöryhmien välillä.

McNeese-Smithin (2001) mukaan he, jotka vastaavat terveydenhuollon organisaatioiden taloudellisesta johtamisesta ja he, jotka toimivat terveyden huollon organisaatioissa hoitoa suorittavana ryhmänä eivät jaa yhteisiä näkemyksiä tuottavuudesta, sillä heidän välillä ei ole yhteistä tuottavuuteen linkittyvää arvonmäärittelyä. Tuottavuuskeskustelun onnistuminen vaatisi onnistuakseen molempien, klinikoiden ja esimiesten näkökulmat.

Tässä tutkimuksessa merkittävää roolia edustaa tahtotila johdon ja hoitajavastaanottoa pitävien sairaanhoitajien organisaatiollisen etäisyyden pienentämiseen. Tutkimuksessa pyritään tuomaan esiin sellaista tietoa ja ymmärrystä hoitajavastaanottojen päivittäisestä toiminnasta, joka helpottaa työn johtamista ja organisointia.

Tuottavuuden tutkimus on terveydenhuollon liiketoiminnassa keskittynyt tiettyihin sifeihin muuttujiin, joiden avulla ei vielä tarjota ratkaisuja siihen, miten tuottavuutta voidaan käytännön tasolla nostaa terveydenhuollon organisaatioissa. Tarvetta on havaittu myös vertailevalle tutkimukselle esimiesten ja hoitajien näkemyksistä tuottavuudesta. Tärkeätä hoitajien tuottavuuden tarkastelussa on linkittää se potilaiden saamaan hoitoon ja niihin tekijöihin, jotka vaikuttavat tuottavuuden parempaan tai huonompaan realisoitumiseen. (McNeese-Smith 2001)

McNeese-Smithin (2001) tutkimuksessa haastatellut hoitajat arvioivat oman työnsä tuottavuutta kvantitatiivisin ja laadullisin määrein. Kvantitatiivisia tekijöitä tuottavuus-

teen kuvasivat *kovasti työskenteleminen, kaikkien tehtävien saattaminen loppuun asti ja ylimääräisten tehtävien hoitaminen yksikön hyväksi*. Laadullisia tekijöitä olivat *potilaan kaikkien tarpeiden täyttäminen, potilaan kohtelu samoin kuin hoitaja toivoisi itseään kohdeltavan, potilaiden ja perheiden opastaminen sekä teknisesti monimutkaisen hoidon tarjoaminen*. Organisatorisesta näkökulmasta tuottavuuden mittarit ovat perinteisesti keskittyneet kulujen ja saatujen tuottojen suhteeseen tai hoitoon kohdistuvan työajan ja kokonaistyöajan suhteeseen.

Hoitajat arvioivat tuottavuutta suhteessa omaan työpanokseen prosessikeskeisestä näkökulmasta. Tuottavuuskeskustelun painopiste tulisi olla vahvemmin tuotosten arvioinnin puolella ja siihen tähdätessä tulisi panostaa henkilöstön eri osapuolien väliseen yhteistyöhön ja kommunikointiin. Rahallisten tavoitteiden kommunikoiminen johtajien toimesta, sisältäen hoidon suoritukseen liittyvät tavoitteet ja terveyden huollon tuotoksiin keskittyminen tarjoavat lähtökohdat tuottavuuden nostamiseen hoitajatyön piirissä. Hoitajien lähiesimiehillä on tällaisessa tavoitteidenasettelussa tärkeä rooli heidän ollessa johtoryhmien ja klinikoiden välillä sujuvoittamassa informaation ja tavoitteiden välitystä henkilöstöryhmien kesken. (McNeese-Smith 2001)

Tavoitteiden kommunikoiminen sellaisella tavalla, että suorittava henkilöstöryhmä (hoitajavastaanottoa pitävät hoitajat) ymmärtävät ne ja niiden vaikutuksen, on ensiarvoisen tärkeää. Johdolla täytyy olla päivittäisen tason toimista riittävän yksityiskohtainen kuva, jotta tavoitteet voidaan kommunikoida onnistuneesti suorittavalle tasolle. Tämä on edellytys tavoitteiden jalkautumiselle suorittavalla tasolla.

Rosenfeld et al. (2003) tutkivat akuutin hoidon hoitajavastaanottojen ajankäyttöä tavoitteenaan kehittää instituutiorajoja rikkova yhtenäinen työkalu hoidon tehokkuuden ja tuottavuuden arviointiin. Kirjoittajien mukaan eri hoitajavastaanottojen määrän nopea kasvu ja niiden monimuotoisuudet ovat vaikeuttaneet yhtenäisen hoitajavastaanottojen työn kuvautumisen ja mittaamisen työkalun kehittämistä. Hoitajavastaanottojen ajankäyttö jaettiin tutkimuksessa viiteen eri alakategoriaan: *suora hoitotyö, epäsuora hoitotyö, koulutus ja tutkimus, hallinto ja henkilökohtainen/muu ajankäyttö*. Tutkimuksen suurimmaksi arvoksi koettiin näiden viiden globaalin kategorian sisältöjen selkeämpi kuvautuminen hoitajavastaanottojen työstä. Hoitajavastaanoton eri toimintojen hahmotamisella ja ymmärtämisellä kuvattiin olevan käänteentekevä merkitys haluttaessa arvioida tuottavuutta, työntekijöiden korvattavuutta, taloudellista merkitystä ja hoitajavastaanottotyön käyttöastetta.

Rhoads et al. (2006, s. 38) nostavat esiin, että ideaali malli hoitajavastaanotto toiminnan mittaamiselle ottaisi huomioon kaikki ne aktiviteetit, joihin hoitaja työssään osallistuu huolimatta siitä, että niiden objektiivisen mittaamisen todetaan olevan hankalaa. Tuottavuuden dokumentoinnin tulisi ottaa huomioon laatu-, palvelu- ja tuotosnäkökulmat. Sen tulisi rakentua nykyisten teknologioiden varaan, jotka mahdollistavat datan vaivattoman keräämisen.

2.6 Kirjallisuuskatsauksen teemayhteenveto

Kirjallisuuskatsauksessa lähdettiin liikkeelle tuottavuuden ja tehokkuuden tarkastelusta, josta hoitajavastaanottojen työn kohdentumiseen soveltuu parhaiten tehokkuuden käyttötarkastelut ja oikeiden asioiden tekemisen varmistaminen. Tehokkuuden käyttöasetarkastelun mukaisesti hoitajavastaanottojen kirjaussuoritteita tarkastellaan niiden suhteessa sairaanhoitajien työaikaan.

Arvontuotannon tarkastelu liittyy hoitajavastaanottotoiminnan työajan kohdentamisen potilaille tuotettavaan arvoon ja toisaalta organisaation näkökulmasta toiminnalliseen arvoon. Molemmat arvonäkökulmat liittyvät siihen, että työaika kohdentuu oikeiden asioiden tekemiseen. Sekä potilasarvonäkökulma, että toiminnallinen arvonäkökulma painottavat potilaskontaktointiin sisältyvää ajankäyttöä. Toiminnallisen arvontuoton näkökulmasta kuntalaskutettaviin toimintoihin keskittyminen nähdään myös tavoiteltavana.

Leanin soveltamisesta terveydenhuoltoon voidaan nostaa esiin kaksi tärkeää kontribuutiota tämän tutkimuksen näkökulmasta. Ensiksi, arvontuotannon ja hukkatoimintojen määrittely nähdään ensiarvoisen tärkeänä, mikäli työn kohdentumista halutaan uudistaa tarkoituksenmukaisella tavalla. Toiseksi, lean edustaa johtamisfilosofiaa, jonka myötä organisaatioiden jokaista henkilöstöryhmää osallistetaan kehitystyöhön. Lean-ajattelun soveltamisessa tähdätään organisaatorajoja rikkovaan läpinäkyvyyteen. Tässä tutkimuksessa tämä tarkoittaa sitä, että hoitajavastaanottoihin liittyvää päivittäistä toimintaa selitetään ja kommunikoidaan johdolle läpinäkyvyyden edistämiseksi.

Hoitajatyön mittaamisen käsittely kirjallisuuskatsauksessa perustuu tarpeeseen nostaa esiin hoitajatyön erityispiirteitä ja niiden vaikutusta toiminnan arviointiin ja suorituskyvyn mittaamiseen. Tämä tutkimus kohdentuu yksityiskohtaiselle tasolle tutkittaessa hoitajavastaanottotoimintaa ja sen johdosta on perusteltua nostaa esiin hoitajatyön mittaamiseen liittyviä erityispiirteitä.

Yllä mainittujen teemojen valossa hoitajavastaanottotoimintaa tarkastellaan arvontuotannon näkökulmasta. Hukkatoimintojen ja arvontuotannon määrittely nähdään ensiarvoisen tärkeinä ja niiden kautta hoitajavastaanottotoimintaa suorittavien sairaanhoitajien työajan kohdentaminen on mahdollista järjestää aiempaa tehokkaammalla tavalla.

3. TUTKIMUSMENETELMÄT JA TYÖN AINEISTO

Luvussa 3 esitellään työn tutkimusmenetelmä ja pääasialliset tiedonkeruumenetelmät. Työ on toteutettu monimenetelmäisenä tapaustutkimuksena, jonka pääasiallisina tiedonkeruumenetelminä on tietojärjestelmädata vuosilta 2012, 2013 ja 2014, teemahaastattelut ja työajan seurannat.

Aluksi käydään läpi mitä monimenetelmäinen tapaustutkimus tarkoittaa tämän tutkimuksen yhteydessä ja miten siihen päädyttiin. Tutkimusmenetelmän esittelyn jälkeen keskitytään tiedonkeruumenetelmiin sekä tiedon keräämisen kuvailuun ja erityispiirteisiin.

3.1 Monimenetelmäinen tapaustutkimus

Työn tutkimusmenetelmänä on monimuotoinen tutkimus, sillä tutkimuksen ongelmanasettelu edellyttää useampaa eri tulokulmaa vastausten selvittämiseksi. Jotta voidaan arvioida hoitajavastaanottoa pitävien sairaanhoitajien tehokkuutta työajan kohdentamisen muodossa sekä arvontuotantoa, täytyy hoitajavastaanottojen työpäiviin pureutua sekä päivittäisellä ja kvalitatiivisella otteella, että pidemmän aikajänteen myötä toiminnasta kertyvän kvantitatiivisen kirjausdatan muodossa. Hoitajavastaanottotoiminnasta pitkällä aikajänteellä kertyvän datan käsittelyn avulla voidaan johtaa keskiarvoiselle työpäivälle tyypilliset aktiviteetit ja niiden lukumäärät. Keskiarvoisten työpäivien tarkastelu antaa pohjan päivittäisen toiminnan tutkimiseen ja arviointiin.

Datan keruutekniikan valitsemisella ja tulosten saavuttamisella on väistämätön yhteys. Lyhyesti sanottuna saavutettuihin tuloksiin vaikuttavat aina käytetyt tekniikat ja menetelmät. Ilmiön luonnetta ja vaikutuksia on kuitenkin vaikea arvioida tapauskohtaisesti. Koska kaikki datan keruutekniikat ja menetelmät vaikuttavat omalla tavallaan, on perusteltua yhdistellä tutkimuksessa eri metodeja, jotta voidaan minimoida ”metodiefektiä”. Samalla luodaan parempaa luottamusta tutkimuksen tuleviin johtopäätöksiin. (Saunders et al. 2009, s. 154)

Tutkimuksen metodologinen asetelma pohjautuu alkuperäiseen ongelmanasetteluun. Tietojärjestelmän data on lähtökohtaisesti se tiedonlähde, jonka pohjalta hoitajavastaanottojen toiminta kuvautuu johtoryhmälle. Haastatteluiden avulla voidaan selvittää tarkemmin eri hoitajavastaanottojen erityispiirteitä ja nostaa yksityiskohtaisemmin esiin, millä tavoin eri hoitajavastaanottojen päivittäinen työ poikkeaa toisistaan ja miltä osin työ on vertailukelpoista.

Lopulta empiirisen tutkimuksen viimeinen vaihe, työajan mittaukset, tuottavat konkreettista tietoa hoitajavastaanottoa pitävien sairaanhoitajien työpäivistä. Kokonaisuutena näistä eri tutkimusmenetelmistä saatavista tuloksista voidaan tehdä johtopäätöksiä hoitajavastaanottojen työn kohdentumisen onnistumisesta sekä tuottaa kehitysideoita saatujen havaintojen perusteella. Tutkimuksen metodologinen asetelma noudattaa kirjallisuuskatsauksen rakennetta, jossa liikkeelle lähdetään yleisemmältä tasolta ja päädytään yksityiskohtaisemmalle tasolle.

Tutkimuksen ongelmanasettelu painottuu käytäntöön ja kohdeyrityksen operatiiviseen toimintaan. Monimenetelmäisen tapaustutkimuksen valinta nähtiin perusteltuna, kun tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa kehitysehdotuksia, joilla on todellista käytännönarvoa kohdeyrityksen toiminnassa. Myös tavoitteet tutkimustulosten yleistämisestä puolsivat monimenetelmäisyyteen päättymistä. Johnson & Onwuegbuzie (2004, s. 21) ovat tunnistaneeet monimenetelmäisyyden vahvuuksiksi muun muassa, että:

- Sen avulla voidaan vastata laajempaan ja kokonaisvaltaisempaan tutkimuskysymysten joukkoon, sillä tutkijaa ei rajoita vain yksi metodi tai menettelytapa
- Sillä voidaan saada vahvempaa näyttöä johtopäätösten tueksi menetelmien yhteisvaikutuksen myötä
- Se voi lisätä sellaisia näkemyksiä ja sellaista ymmärrystä, jota ei voida saavuttaa yhden metodin tutkimuksella
- Sillä voidaan vahvistaa tutkimuksen tulosten yleistettävyyttä

3.2 Tietojärjestelmädata

HYKS Syöpäkeskuksen tietojärjestelmästä kerättävä data perustuu eri resurssien aikataulupohjiin. Resurssit ovat tiettyyn työtehtävään liittyviä koodeja, joiden alla työskentelee työtehtävää suorittava henkilö tai joissain tapauksissa henkilöryhmä. Resurssiin liittyvä aikataulupohja voi siis olla joko työntekijäkohtainen tai sen parissa voi työskennellä useampi työntekijä. Hoitajavastaanottojen osalta resurssit liittyvät yhteen työntekijään ja täten vain yksi henkilö työskentelee tietyn aikataulupohjan parissa. Toisin sanoen tietystä resurssista kertyy kirjauksia vain yhden työntekijän toimesta. Aikataulupohja sisältää ennalta määritetyn mallipohjan työpäivälle, joka sisältää toimintaan liittyviä aktiviteetteja. Aktiviteetit, kuten hoitokäynnit varataan etukäteen aikataulupohjaan. Työpäivän kulku määrittyy ennalta täytetyn aikataulupohjan mukaan. Taulukossa 1 on esitetty tutkimuksessa tarkasteltavia hoitajavastaanottoja vastaavat resurssit.

Taulukko 1. Hoitajavastaanottoon liittyvät työtehtävät ja resurssikoodit

Työtehtävä	Resurssi
Rintasyöpähoitaja 1	XRINTASH1
Rintasyöpähoitaja 2	XRINTASH2
Kivessyöpähoitaja	XTESTISSH
Psykiatrinen sairaanhoitaja	XPSYKSH1
Palliativinen sairaanhoitaja 1	XPALLIAHOI1
Palliativinen sairaanhoitaja 2	XPALLIAHOI2
Geriatrisonkologinen sairaanhoitaja	XGERHOI
Tablettihoitaja	XOSYPKL
Neurohoitaja	XNEUROSH

Toteutuneiden aktiviteettien pohjalta toiminnasta kertyy dataa, jota tarkastellaan tutkimuksessa vuositason vuosilta 2012, 2013 ja 2014. Vuositason kirjausdatasta lasketaan keskiarvoisen työpäivän aktiviteettien lukumäärät jakamalla kirjauksien vuosittaiset kokonaismäärät 220 työpäivällä/vuosi. Osalla resursseista ei ollut kirjauksia vuosien kaikilta kuukausilta ja näiden kohdalla vertailukelpoisuus varmistettiin kertomalla tulokset 12 kuukauden ja kirjauksia kerryttäneiden kuukausien määrän osamäärällä. Jos kirjauksia oli esimerkiksi kertynyt kolmelta kuukaudelta, kerrottiin kirjauksien keskiarvoiset päivittäiset lukumäärät neljällä. Yksi Syöpäkeskuksen sairaanhoitajista työskenteli hoitajavastaanoton parissa vain kaksi päivää viikossa. Tämän hoitajan kohdalla kirjausten keskiarvoiset päivittäiset lukumäärät kerrottiin viiden arkipäivän ja kahden hoitajavastaanottopäivän osamäärällä. Laskennan tulokset mahdollistavat sekä yksittäisten hoitajavastaanottoa pitävien hoitajien keskiarvoisen työpäivän tarkastelun, että eri hoitajavastaanottoa pitävien hoitajien tyypillisten työpäivien vertailun tietojärjestelmädataan pohjautuen. Hoitajavastaanottojen perusteella tietojärjestelmään on vuosien 2012-2014 jäänyt kirjauksia seuraavista aktiviteeteista:

- Avohoitopotilaan kons.
- Ensikäynti
- Hoitokirje
- Hoitokäynti
- Hoitopuhelu
- HYKSin Oy:n potilas
- Lisäkäynti
- Ohjattu muualle
- Osastopot.kons.
- Sarjahoitokäynti
- Soitto
- Uusintakäynti

- Tutk. ja toimenpidek. R

Yllä olevista aktiviteeteista päiväkohtaisten keskiarvojen tarkastelun ulkopuolelle jätetään kirjaukset: *Avohoitopotilaan kons.*, *HYKS:n Oy:n potilas*, *Ohjattu muualle*, *Osastopot.kons.* ja *Tutk. ja toimenpidek. R*, sillä näiden kirjausten vuosittainen määrä resurssia kohden on mitättömän pieni, eikä näin ollen osa tarkasteltavaa tyypillistä päivittäistä toimintaa. Jatkossa osasta erilaisista vastaanottokäyntien aktiviteeteista on tarkoituksenmukaista tehdä yhdistetty aktiviteetti *Vastaanottokäynti*, johon kuuluu seuraavat kuntalaskutettavat käynnit vastaanotolla:

- Ensikäynti
- Hoitokäynti
- Uusintakäynti

Myös *Sarjahoitokäynti* on kuntalaskutettava käynti vastaanotolla, mutta sen luonne on lähempänä hoitotyötä, joten sitä on syytä käsitellä erikseen. Näin ollen hoitajavastaanottojen keskiarvoisen työpäivän aktiviteeteiksi jäävät: vastaanottokäynnit, sarjahoitokäynnit, lisäkäynnit, hoitokirjeet, hoitopuhelut ja soitot. Edellä mainituista kaikki paitsi lisäkäynnit ja soitot ovat kuntalaskutettavia aktiviteettejä. Kuntalaskutettaville toiminnoille annetaan analyysissä muita aktiviteetteja suurempi painoarvo. Vastaanottokäynnit, hoitokirjeet ja hoitopuhelut nähdään siis tietojärjestelmädatan analysoinnissa enemmän toiminnallista arvoa tuottavina aktiviteetteina kuin soitot. Eri hoitajavastaanottoja koskevien resurssien keskiarvoisen työpäivän aktiviteettien määrät esitetään luvussa 4.1.

Tietojärjestelmädatan käsittely keskittyy Syöpäkeskuksen hoitajavastaanottojen toiminnasta kertyviin kirjauksiin. Syöpäkeskuksen hoitajavastaanottojen lisäksi tietojärjestelmädataa tarkastellaan myös muiden HYKS:n poliklinikoiden hoitajavastaanottojen osalta niiltä osin, mistä vertailukelpoista dataa tutkimusta varten saatiin. Vertailudataa saatiin Kolmiosairaalan poliklinikan yhdestä hoitajavastaanotosta ja Iho- ja Allergiasairaalan neljästä hoitajavastaanotosta. Muiden kuin Syöpäkeskuksen hoitajavastaanottodataa käsitellään lyhyesti sanallisesti luvussa 4.1.5.

3.3 Teemahaastattelut

Haastatteluihin nähtiin tarkoituksenmukaiseksi ottaa harkintaan pohjautuva otanta, jonka kriteereinä toimi toimenkuva ja sijoittuminen organisaatioon, sekä toimenkuvan linkittyminen hoitajavastaanotto toimintaan. Edellä kuvattuun otantaan päädyttiin, jotta saataisiin toisaalta mahdollisimman kattava kuva hoitajavastaanoton toimista ja toisaalta näkyviin eri hierarkiatasojen henkilöstöryhmien antamien vastauksien eroavaisuudet. Näin tavoitellaan myös tehtävien läpinäkyvyyden hahmottamista HYKS Syöpäkeskuksen organisaatiossa.

Tutkimusta varten suoritettavat haastattelut kohdistuvat HYKS Syöpäkeskuksen eri henkilöstöryhmien edustajiin. Itsenäistä hoitajavastaanottoa pitävät sairaanhoitajat muodostivat otannan ytimen ja lukumäärällisesti heitä oli suurin osa haastateltavista henkilöistä. Haastateltaviin henkilöihin (n=9) kuuluivat hoitajavastaanottoa pitävien sairaanhoitajien suorana esimiehenä toimiva osastonhoitaja ja itsenäistä hoitajavastaanottoa pitävät sairaanhoitajat. Yhtä Syöpäkeskuksen hoitajavastaanottoa pitävistä sairaanhoitajista (neurohoitajaa) ei pystytty haastattelemaan. Lisäksi haastateltiin Syöpäkeskuksen johtavaa ylihoitajaa, mutta haastattelukysymykset osoittautuivat haastattelun yhteydessä liian operatiivisiksi johtavan ylihoitajan näkökulmasta, jonka johdosta kyseinen haastattelu jäi varsinaisen tutkimuksen otoksen ulkopuolelle.

3.3.1 Teemahaastattelujen kysymysrungot ja aihepiirit

Haastattelukysymysten pohjana toimii teemahaastattelurunko, josta jalostettiin kaksi kysymyskokonaisuutta. Kaksi kokonaisuutta nähtiin tarpeelliseksi, sillä osastonhoitajan sekä johtavan ylihoitajan roolit koettiin merkittävästi poikkeavaksi itsenäistä hoitajavastaanottoa pitävien sairaanhoitajien roolista. Näin ollen ensimmäinen strukturoitu kysymyskokonaisuus (Liite 1.) kohdennettiin ylemmälle hierarkiatasolle, hallinnolliseen ja esimiesnäkökulmaan. Toinen strukturoitu kysymyskokonaisuus (Liite 2.) kohdennettiin hoitajavastaanottoa pitäville sairaanhoitajille.

Teemahaastattelujen kysymyskokonaisuuksien tärkeimpiä aihepiirejä on esitelty seuraavaksi. Tyypilliseen työpäivään liittyvät kysymykset käsittelivät päivittäisiä tehtäviä ja hoitajavastaanotolle kuuluvia vastuita. Tyypillistä työpäivää selvittäessä yritettiin saada esiin myös osa-alueita, jotka ovat erityisen sujuvia ja osa-alueita, joissa on selvää takkuilua. Tyypillisen työpäivän tehtävien ja niiden määrien selvittämisen lisäksi käsiteltiin tehtävien ajanvarausta ja sitä, kuka ajanvarauksien suorittamisesta on vastuussa. Sairaanhoitajien aamujen kulkua selvitettiin kysymyksillä työpäivän alkamisen ajankohdasta, aikataulupohjan alkamisen ajankohdasta ja niiden väliin jäävästä ajankäytöstä. Aikataulupohjia käsiteltiin myös sitä kautta, kuka niiden tekemisestä on vastuussa ja minkälaiset mahdollisuudet sairaanhoitajilla on vaikuttaa niiden sisältöön.

Aikataulupaineita ja aikataulussa pysymistä käsiteltiin niin päivätasolla kuin tehtävätasolla. Myös kysynnän ja tarjonnan suhdetta vastaanottoaikojen suhteen selvitettiin niihin kohdistetuilla kysymyksillä. Haastatteluissa selvitettiin myös, korvataanko hoitajavastaanotolla lääkärin vastaanottokäynti ja minkälainen rooli lääkäreiden konsultoinneilla on hoitajavastaanotto toiminnassa eri sairaanhoitajien välillä. Lisäksi käsiteltiin mahdollisia tehtävänsiirtoja sihteereille, kehitysehdotuksia ja mahdollisia tunnistettuja potilastarpeita, joita ei vielä tyydytetä.

Vaikka kyseessä on teemahaastattelu, haluttiin käyttää strukturoitua kysymyskokonaisuutta, sillä ennen haastatteluja ei ollut tiedossa, mitkä haastatteluissa käsiteltävät asiat muodostuvat tutkimuksen näkökulmasta relevanteimmiksi. Haastatteluissa haluttiin siis

varmistaa, että kysymyskokonaisuuden jokainen yksittäinen kysymys käsitellään jokaisen haastateltavan kanssa, jotta voitaisiin varmistaa haastattelujen analysoinnin kannalta riittävä kattavuus.

Haastattelujen analyysi tapahtui ryhmittelemällä haastatteluista tutkimuskysymyksiin kohdentuvat vastaukset. Ryhmittelyn myötä haluttiin tuoda esiin, missä osa-alueissa hoitajavastaanottoa pitävien sairaanhoitajien työssä ja työpäivissä oli eroavaisuuksia ja miltä osin ne muistuttivat haastattelujen perusteella toisiaan. Ryhmittelyn yhtenä kriteerinä oli myös ajankäytöllisten ulottuvuuksien esilletuominen haastatteluvastauksista.

3.3.2 Haastattelutilanteet

Haastattelut suoritettiin jokaisen haastateltavan omassa työhuoneessa. Haastatteluihin oli ennalta varattu aikaa noin tunti. Toteutuneiden haastattelujen keskiarvopituus oli noin 47 minuuttia. Lyhimmän haastattelun kesto oli 26 minuuttia ja pisimmän haastattelun kesto oli 1 tunti 12 minuuttia.

Kahdeksan yhdeksästä haastattelusta ajoittuivat vuoden 2015 alkukesään toukokuulle, kesäkuulle ja heinäkuun alkuun. Viimeinen yhdeksästä haastattelusta ajoittui elokuun puoliväliin, sillä sitä ei ollut mahdollista suorittaa ennen haastateltavan sairaanhoitajan kesälomaa.

3.4 Työajan seurannat

Työajan seuranta toteutettiin strukturoituna havainnointina muodossa, jossa hoitajavastaanotto pitävien sairaanhoitajien työpäiviä seurattiin tarkkailijan roolissa ja kerättiin mahdollisimman objektiivista dataa työpäivän aikana tapahtuvista aktiviteeteista ja niiden kestoista. Havainnoinnin tavoitteena oli kerryttää käytännön tietämystä tehostamista koskevien pohdintojen ja uudelleenjärjestelyehdotusten tueksi.

Työajan seuranta toteutettiin kolmelle hoitajavastaanottoa pitävälle sairaanhoitajalle, jotka osoittautuivat haastattelujen *perusteella otollisimmiksi kuvautuessaan työkuviltaan* lähimmiksi perinteistä lääkärivastaanottoa haastateltavien joukosta. Työajan seuranta varten suunniteltiin toimintojen jaottelu välittömään potilaskontaktiin, välilliseen potilaskontaktiin ja muuhun ajankäyttöön. Yllä mainitun kolmen kategorian sisälle listattiin tyypillisimpiä toimintoja, jotta työajan seuranta suoritettaessa havainnot kirjautuisivat mahdollisimman tarkasti ja tehokkaasti.

Työajan seuranta varten suunniteltiin yhdessä osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajan kanssa tunnisteet hoitajavastaanottoa pitävien sairaanhoitajien työpäivien sisältämiä aktiviteeteille. Suunnittelun pohjalta tehty aktiviteettien jaottelu on esitetty taulukossa 2.

Taulukko 2. Työajan seurantojen aktiviteettiluokittelu

Tehtävä	Koodi
Välitön potilaskontakti	
Potilaan käynti	vo
Hoitopuhelu	hpuh
Puhelu (ei soitto -merkintää)	puh
Soitto	soit
Välillinen potilaskontakti	
Hoitokirje	hkir
Lääkärin konsultointi	lkons
Vertaiskonsultointi	vkons
Tutkimuksen jouduttaminen	tutj
Käynnin jälkeinen sanelu	sane
Käyntitietojen kirjaaminen	vokir
Potilastietoihin tutustuminen	pott
Ajanvaraus	ajanv
Esivalmistelut ja määrittelemättömät tehtävät	esi
Muu	
Keskeytys	kesk
Lääkärin odotus/etsintä	odo
Henkilökohtainen aika (lounas/kahvi)	hlö
Kokous/aamukokous	kko/akko
Hallinnollinen asia	hall
Kollegan ohjaus ja perehdytys	kga

Kategoriat ”Esivalmistelut ja määrittelemättömät tehtävät” sekä ”Puhelu (ei soitto -merkintää)” lisättiin mukaan vasta työajan seurantojen yhteydessä. Etenkin ”Esivalmistelut ja määrittelemättömät tehtävät” luokka osoittautui työajan seurantojen toteutuksen kannalta välttämättömäksi, kun haluttiin lokeroida työpäivän jokainen käytetty minuutti johonkin toimintoon. Työajan seurantoja suorittaessa tarkempaa määrittelyä vaativat tehtävät kuvailtiin sanallisesti työajan seurantapohjan (liite 3.) kommenttikenttään. Sanallisten kommenttien myötä tavoiteltiin datan puhdistamisen ja jatkokäsittelyn onnistumisen varmistamista.

3.4.1 Työajan seurantojen toteuttaminen käytännössä

Työajan seuranta suoritettiin jokaiselle kolmelle hoitajalle kahden kokonaisen työpäivän osalta aloittaen työpäivän alkaessa ja lopettaen hoitajan lopettaessa työt. Työn aloituksen ja lopetuksen välisenä aikana pyrittiin kirjaamaan kaikki toiminnot ja niiden kestot mahdollisimman tarkasti. Mittaustarkkuuden varmistamiseksi pienimmäksi mittayksiköksi valikoitui yksi minuutti. Sairaanhoitajia seurattiin havainnoijana koko työpäivän

ajan fyysisesti, pois lukien vastaanottokäynnit, jolloin havainnoija kirjasi ylös potilaan kanssa vietetyn ajan olematta samassa tilassa sairaanhoitajan ja potilaan kanssa. Tällä tavoin ei häiritetty sairaanhoitaja-potilas asetelmaa työajan seurannan yhteydessä ja vältyttiin tarpeettomilta lupa-asioilta potilaiden yksityisyyteen liittyen.

Havainnoijana pyrittiin häiritsemään mahdollisimman vähän seurattavan sairaanhoitajan työtä. Mittaamisen ja kirjaamisen onnistumisen varmistamiseksi havainnoijana jouduttiin kuitenkin paikoitellen kysymään, mitä sairaanhoitaja juuri äsken teki, jotta kaikki toiminnot saatiin kirjattua oikeisiin kategorioihin. Myös esimerkiksi niissä tapauksissa, kun sairaanhoitaja suoritti useamman hoitokirjeen yhtäjaksoisesti, pyysi havainnoija ilmoittamaan aina, kun yksi hoitokirje tuli valmiiksi ja seuraavan suoritus alkoi. Näin pystyttiin havainnoimaan myös yksittäiseen hoitokirjeeseen kuluva aikaa.

3.4.2 Työajan seurantojen toteuttamisen ajankohta ja edustavuus

Työajan seurannat (6 työpäivää) suoritettiin vuoden 2015 elokuun loppupuolella (ajanjaksolla 19.8.-26.8.). Elokuun arvioitiin olevan jo rutiinikuukausi, kun sitä edeltävät heinä- ja kesäkuu ovat selkeästi poikkeuksellisia kesäkuukausia. Koska elokuu arvioitiin rutiinikuukaudeksi, voidaan olettaa, ettei työajan mittauksiin liity toteutusajankohtaan perustuvaa vääristymää. Kivessyöpähoitaja työskentelee kahtena päivänä viikossa hoitajavastaanottoa pitävänä sairaanhoitajana ja molemmat seuratut työpäivät ajoittuivat keskiviikoille. Rintasyöpähoitajien seuratuissa työpäivissä oli edustettuina yksi maanantai, yksi tiistai, yksi torstai ja yksi perjantai. Perjantaisin molempien rintasyöpähoitajien työpäivä päättyy tuntia aiemmin kuin normaalipäivänä johtuen työajan lyhennyksestä.

Vaikka sairaanhoitajien määritetty työaika on kaikilla samanpituisen, oli kivessyöpähoitajan ja rintasyöpähoitajien seurattujen työpäivien pituuksissa poikkeavuuksia. Kivessyöpähoitaja työskenteli seurattuina päivinä keskimäärin 8 tuntia 58 minuuttia (sisältäen 30 minuutin lounastunnin) ja rintasyöpähoitajat työskentelivät seurattuina työpäivinä keskimäärin 7 tuntia 41 minuuttia (sisältäen 30 minuutin lounastunnin). Yksi neljästä seuratusta rintasyöpähoitajien työpäivästä oli työajan lyhennyspäivä, jolloin työaika on tuntia lyhempi verrattuna normaaliin työpäivään. Yhtenä rintasyöpähoitajien seuranta-päivistä seurattava rintasyöpähoitaja hoiti molempien aikataulupohjien mukaiset potilaat, sillä toinen rintasyöpähoitaja oli sairauslomalla.

Havainnoijalla voidaan olettaa olevan vaikutusta havainnoitavan sairaanhoitajan toimintaa seurattuina päivinä. Tämän vaikutuksen suuruusluokkaa on kuitenkin hankala arvioida, samoin kuin sen vaikutusta tuloksiin. Tehtyjen havaintojen objektiivisuutta varmistettiin kirjaamalla kaikkien seurattujen päivien osalta aktiviteetteja mahdollisimman homogeenisesti.

4. HOITAJAVASTAANOTTOTOIMINNAN JÄRJESTÄMINEN

Tutkimuksen monimenetelmäisyyden kautta tavoitellaan hoitajavastaanottotoiminnan edustavaa ja riittävän yksityiskohtaista kuvausta. Kvantitatiivisen ja laadullisen empirian yhdistämisen vahvuuksina voi nähdä ongelman kuvautumisen eri perspektiiveistä sekä mahdollisuuden eri menetelmien tuottamien havaintojen vertailuun ja triangulaatioon.

Tässä luvussa keskitytään empiirisen aineiston kuvaamiseen ja analysointiin. Luvun rakenne noudattaa samaa kronologiaa kuin tutkimusvaiheiden toteuttaminen: ensiksi käsitellään käyntitietodataa, seuraavaksi haastattelututkimuksen havaintoja ja viimeiseksi työajan seurannan havaintoja.

4.1 Tietojärjestelmädatan analysointi

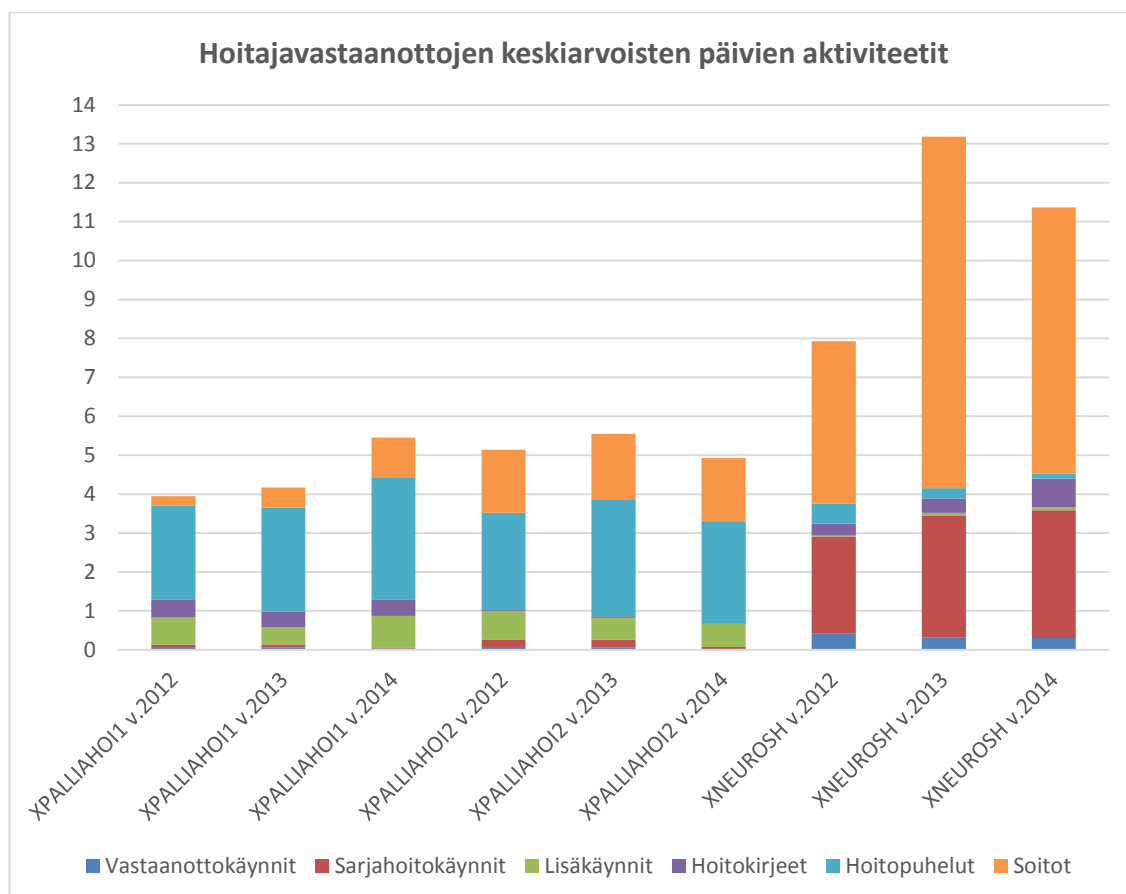
Alkuperäinen käyntitietodatan tarkasteleminen pohjautui vastaanottokäyntien päivittäisen määrän selvittämiseen eri hoitajavastaanottojen välillä. Käyntitietodatan tarkasteleminen päivittäisten vastaanottokäyntien muodossa loi kuitenkin pohjan oletukselle, että suuri osuus hoitajavastaanottoa pitävien sairaanhoitajien työpäivien ajankäytöstä kuluu muuhun kuin vastaanottokäynteihin.

Käyntitietodataa tarkasteltiin vuositason, mutta sen puhdistaminen ja validoiminen vaati tarkastelua kuukausitasolla. Kuukausitason tarkastelun kautta eri hoitajavastaanottoresursseja koskevat tiedot homogenisoitiin ottamalla huomioon vain ne kuukaudet, miltä käyntidatankirjauksia oli kertynyt. Yksi tarkasteltavista sairaanhoitajista työskenteli hoitajavastaanottotehtävien parissa kahtena päivänä viikossa, joka otettiin myös huomioon, kun tietoja puhdistettiin vertailukelpoiseksi.

Käyntitietodatasta lasketut keskiarvoisen työpäivän sisältämät aktiviteetit loivat ensimmäisen kokonaiskuvan analyysiä varten, kun haluttiin selvittää hoitajavastaanottoa pitävien sairaanhoitajien työajan kohdentumista. Työpäivien kvantitatiivinen tarkastelu voidaan nähdä myös kvalitatiivisen tutkimusvaiheen (teemahaastattelut) perustelijana, sillä keskiarvoiset työpäivät ja etenkin eroavaisuudet eri hoitajavastaanottoresurssien kesken vaativat kvalitatiivista tutkimista vastausten selvittämiseksi.

4.1.1 Palliatiiviset sairaanhoitajat ja neurohoitaja

Molempien palliatiivisten sairaanhoitajien sekä neurohoitajan osalta tietojärjestelmädataa oli saatavissa kaikkien kolmen vuoden (2012, 2013 ja 2014) osalta. Tietojärjestelmädataan perustuvat sairaanhoitajien keskiarvoiset työpäivät vuosien 2012, 2013 ja 2014 osalta on esitetty kuvassa 3.



Kuva 3. Palliatiivisten sairaanhoitajien 1 ja 2 sekä neurohoitajan keskiarvoisten työpäivien aktiviteetit vuosina 2012-2014

Kuvasta 3 havaitaan, että palliatiivisten sairaanhoitajien keskiarvoisten päivien aktiviteettien määrät sekä tyypit poikkeavat reilusti neurohoitajan vastaavista. Palliatiivisten sairaanhoitajien keskiarvoisessa työpäivässä on lukumäärällisesti eniten hoitopuheluita. Neurohoitajan keskiarvoisissa työpäivissä aktiviteettien suurinta lukumäärää edustavat soitot. Palliatiivisten sairaanhoitajien päivittäisten vastaanottokäyntien ja sarjahoitokäyntien lukumäärät ovat todella matalalla tasolla ja lisäkäyntienkin päivittäinen lukumäärä jää molemmilla palliatiivisilla sairaanhoitajilla kaikkina kolmena vuonna alle yhden.

Kuntalaskutettavat toiminnot keskittyvät palliatiivisten sairaanhoitajien keskiarvoisten päivien aktiviteeteissa pääosin hoitopuheluihin. Hoitokirjeet edustavat myös pientä osuutta kuntalaskutettavista toiminnoista palliatiivinen sairaanhoitaja 1:llä, palliatiivisen

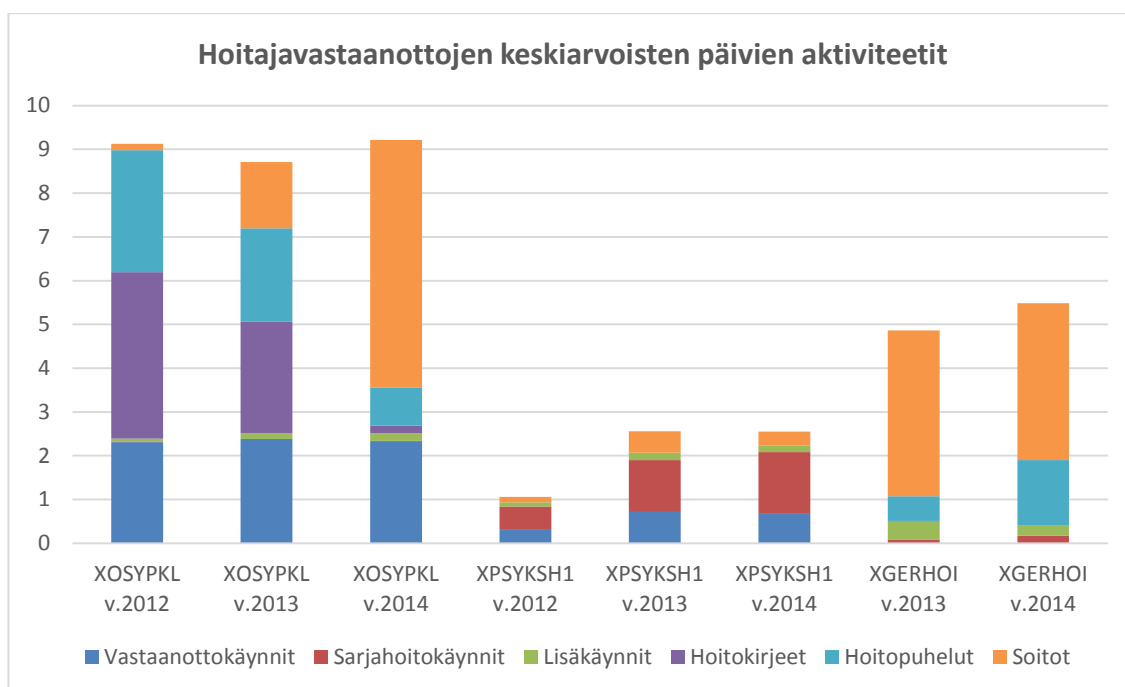
sairaanhoitaja 2:n päivittäisten hoitokirjeiden lukumäärä on tilastollisesti mitätön sen liikkueessa välillä 0,01-0,04. Neurohoitajan päivittäiset kuntalaskutettavat aktiviteetit koostuvat pääosin sarjahoitokäynneistä. Neurohoitajan päivittäisiin kuntalaskutettaviin toimintoihin kuuluu myös hoitokirjeitä, hoitopuheluita ja vastaanottokäyntejä joiden yhteenlaskettu päivittäinen määrä on yhden tuntumassa kaikkina kolmena vuonna.

Palliatiivinen sairaanhoitaja 1:n keskiarvoisissa työpäivissä on kaikkina kolmena vuonna ollut enemmän hoitokirjeitä kuin palliatiivinen sairaanhoitaja 2:n työpäivissä. Palliatiivisen sairaanhoitaja 2:n työpäiviin on sen sijaan sisältynyt lukumäärällisesti kaikkina vuonna enemmän soittoja kuin palliatiivinen sairaanhoitaja 1:n työpäiviin. Hoitokirjeiden ja soittojen keskinäiset lukumäärälliset erot palliatiivisten sairaanhoitajien välillä voivat viitata keskinäiseen työnjakoon. Palliatiivisen sairaanhoitaja 1:n soittojen lukumäärissä on nähtävissä maltillista nousevaa trendiä vuodesta 2012 vuoteen 2014. Hoitopuheluiden päivittäiset lukumäärät ovat pysytelleet välillä 2,42-3,15 molemmilla palliatiivisilla sairaanhoitajilla kaikkina kolmena vuonna.

Neurosairaanhoitajan sarjahoitokäyntien lukumäärässä on havaittavissa nousevaa trendiä vuodesta 2012 vuoteen 2014. Sarjahoitokäyntien lukumäärät ovat olleet keskiarvoisessa työpäivässä 2,49 vuonna 2012, 3,14 vuonna 2013 ja 3,28 vuonna 2014. Kuvassa 2? on havaittavissa merkittävää vaihtelua neurohoitajan soittojen päivittäisissä lukumäärissä eri vuosien välillä, niiden päivittäisen lukumäärän liikkueessa välillä 4,17-9,04. Neurohoitajan hoitokirjeiden, hoitopuhelujen, vastaanottokäyntien ja lisäkäyntien päivittäiset lukumäärät ovat olleet pieniä kaikkina kolmena vuonna. Päivittäiset hoitokirjeiden, hoitopuheluiden, vastaanottokäyntien ja lisäkäyntien lukumäärät ovat liikkuneet välillä 0,03-0,52.

4.1.2 Tablettihoitaja, psykiatrinen sairaanhoitaja ja geriatrisonkologinen sairaanhoitaja

Tablettihoitajan ja psykiatrisen sairaanhoitajan osalta tietojärjestelmädataa oli saatavissa vuosilta 2012, 2013 ja 2014. Geriatrisonkologisen sairaanhoitajan osalta tietojärjestelmädataa oli saatavissa vuosilta 2013 ja 2014. Tietojärjestelmädataan perustuvat sairaanhoitajien keskiarvoiset työpäivät vuosien 2012, 2013 ja 2014 osalta on esitetty kuvassa 4.



Kuva 4. Tablettihoitajan, psykiatrisen sairaanhoitajan ja geriatrian sairaanhoitajan keskiarvoisten työpäivien aktiviteetit vuosina 2012-2014

Tablettihoitajan, psykiatrisen sairaanhoitajan ja geriatrian sairaanhoitajan keskiarvoiset työpäivät poikkeavat toisistaan reilusti, kuten voidaan havaita kuvasta 4. Tablettihoitajan keskiarvoisiin työpäiviin kuuluu kolmesta kuvassa 4 esitetystä hoitajavastaanotosta selkeästi eniten aktiviteetteja. Aktiviteettien lukumäärien perusteella geriatrian sairaanhoitaja sijoittuu tablettihoitajan ja psykiatrisen sairaanhoitajan väliin. Psykiatrisen sairaanhoitajan keskiarvoinen työpäivä sisältää näistä kolmesta lukumäärällisesti selkeästi vähiten aktiviteetteja, mutta toisaalta aktiviteetit ovat lähes yksinomaan kuntalaskutettavia.

Tablettihoitajan keskiarvoisessa työpäivässä on havaittavissa suuria muutoksia hoitokirjeiden, hoitopuheluiden ja soittojen lukumäärissä vuosien tarkastelujakson vuosien välillä. Tablettihoitajan hoitokirjeiden päivittäinen lukumäärä on ollut 3,80 vuonna 2012, josta se on pienentynyt merkittävästi kahtena seuraavana vuonna. Vuonna 2014 hoitokirjeiden päivittäinen lukumäärä on ollut enää 0,17. Myös hoitopuheluiden päivittäinen lukumäärä on noudattanut laskevaa trendiä tarkastelujakson aikana. Vuonna 2012 tablettihoitajan hoitopuheluiden lukumäärä on ollut 2,79 ja vuonna 2014 päivittäinen lukumäärä on ollut enää 0,87.

Samalla kun tablettihoitajan hoitokirjeiden ja hoitopuheluiden päivittäinen lukumäärä on laskenut tarkastelujaksolla, on soittojen lukumäärä kasvanut. Vuonna 2012 tablettihoitajan keskiarvoinen päivä sisälsi 0,15 soittoa. Vuonna 2014 soittojen päivittäinen lukumäärä on ollut 5,65. Tilastojen mukaan siis kuntalaskutettavien aktiviteettien lukumäärä on pienentynyt tablettihoitajalla merkittävästi tarkastelujaksolla. Vastaanotto-

käyntien päivittäinen lukumäärä on pysytellyt tablettihoitajalla lähes samalla tasolla (2,31-2,38) vuosien 2012, 2013 ja 2014 aikana.

Psykiatrisen sairaanhoitajan keskiarvoisen päivän aktiviteettien yhteenlaskettu lukumäärä on kaikkina kolmena tarkasteluvuonna ollut merkittävän alhaisella tasolla. Psykiatrisen sairaanhoitajan keskiarvoisen työpäivän aktiviteeteista suurinta osaa edustavat sarjahoitokäynnit. Keskiarvoiset työpäivät sisältävät myös jonkin verran vastaanottokäyntejä ja lisäkäyntejä, joiden yhteenlaskettu päivittäinen lukumäärä liikkuu tarkastelujaksolla välillä 0,40-0,88. Psykiatrisen sairaanhoitajan soittojen päivittäiset lukumäärät liikkuvat välillä 0,12-0,49.

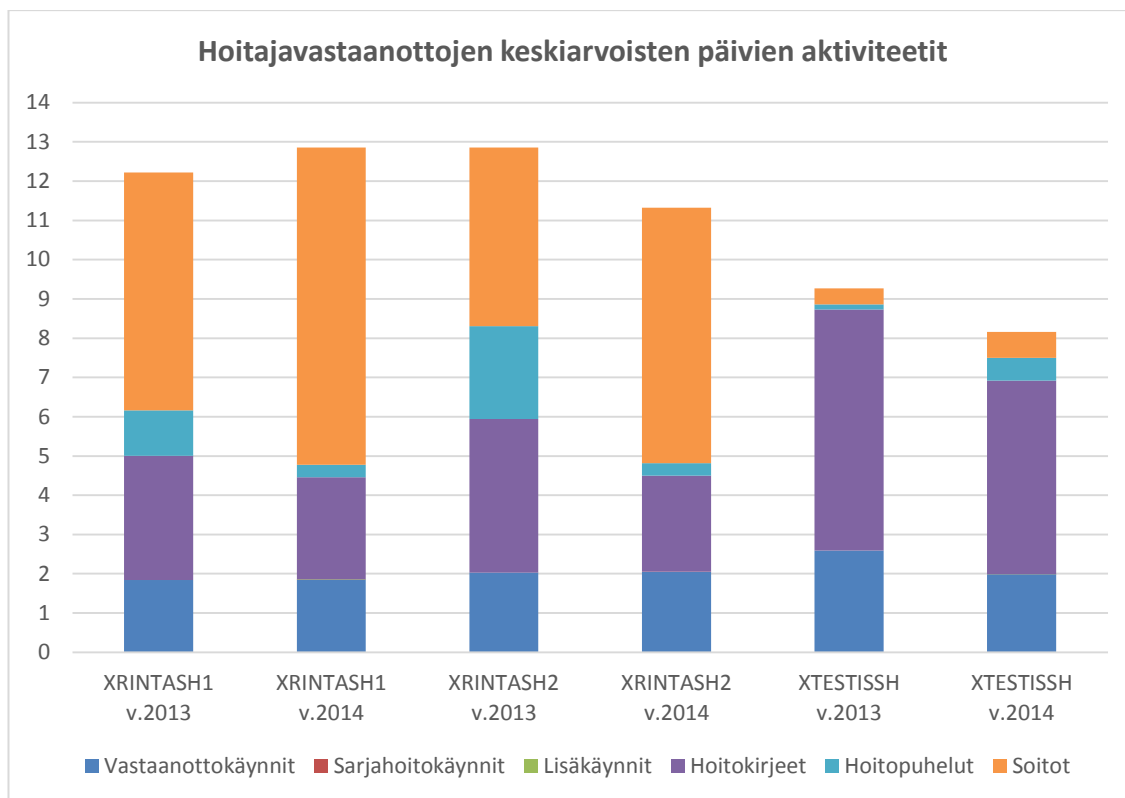
Huomionarvoista ja merkittävää on kuitenkin, että psykiatrisella sairaanhoitajalla keskiarvoisen päivän sarjahoitokäyntien lukumäärät ovat kasvaneet jokaisena vuotena tarkastelujaksolla. Vuonna 2012 sarjahoitokäyntien päivittäinen lukumäärä on ollut 0,54, josta se on vuonna 2013 noussut arvoon 1,19. Vuonna 2014 sarjahoitokäyntien päivittäinen lukumäärä on ollut 1,41. Täten voidaan arvioida, että tilastollisesti psykiatrisen sairaanhoitajan toiminnallinen arvontuotto on kasvanut koko tarkastelujakson ajan kuntalaskutettavien aktiviteettien lukumäärällisen kasvun myötä.

Geriatrionkologisen sairaanhoitajan keskiarvoisten työpäivien aktiviteeteista vuonna 2013 suurin osa on ollut soittoja. Vuonna 2013 soittojen päivittäinen lukumäärä on ollut 3,79. Vuonna 2013 keskiarvoiseen työpäivään on kuulunut myös 0,41 lisäkäyntiä, 0,56 hoitopuhelua ja 0,09 sarjahoitokäyntiä. Hoitokirjeiden päivittäinen lukumäärä (0,01) on ollut vuonna 2013 tilastollisesti mitätön.

Vuonna 2014 geriatrionkologisen sairaanhoitajan soittojen päivittäinen lukumäärä (3,58) on pysytellyt lähellä vuoden 2013 tasoa. Hoitopuheluiden päivittäinen lukumäärä sen sijaan on kasvanut vuoden 2013 arvosta, hoitopuheluiden päivittäisen lukumäärän ollessa 1,48 vuonna 2014. Sarjahoitokäyntien lukumäärä vuonna 2014 (0,17) on hieman vuoden 2013 arvoa suurempi. Lisäkäyntien lukumäärä (0,25) on taas vuonna 2014 hieman vuoden 2013 arvoa pienempi. Päivittäisten lukumäärien ollessa näin pienellä tasolla on vaikea arvioida tilastoihin perustuen, onko sarjahoitokäyntien lukumäärän ja lisäkäyntien lukumäärän kehityksellä yhteyttä toisiinsa. Vastaanottokäyntien päivittäinen lukumäärä (0,01) vuonna 2014 on tilastollisesti mitätön.

4.1.3 Rintasyöpähoitajat ja kivessyöpähoitaja

Rintasyöpähoitajien 1 ja 2 sekä kivessyöpähoitajan osalta tietojärjestelmädataa oli saatavissa vain vuosilta 2013 ja 2014. Tietojärjestelmädataan pohjautuvat keskiarvoiset työpäivät ja niiden sisältämien aktiviteettien lukumäärät on esitetty kuvassa 5.



Kuva 5. Rintasyöpähoitajien 1 ja 2 sekä kivessyöpähoitajan keskiarvoisen työpäivän aktiviteetit vuosina 2012-2014

Molemmilla rintasyöpähoitajilla aktiviteettien yhteenlaskettu määrä on vuosina 2013 ja 2014 ollut suurempi kuin kivessyöpähoitajalla. Kivessyöpähoitajan keskiarvoisessa työpäivässä vuonna 2013 on toisaalta ollut lukumäärällisesti eniten kuntalaskutettavia toimintoja kuvassa 5 esitetyistä keskiarvoisista työpäivistä. Kaikkien kolmen kuvassa 5 esitetyn hoitajavastaanoton keskiarvoisiin työpäiviin kuuluu vastaanottokäyntejä, hoitokirjeitä, hoitopuheluja ja soittoja.

Molempien rintasyöpähoitajien päivittäinen vastaanottokäyntien lukumäärä on pysytellyt tarkastelujaksolla noin kahden tuntumassa (vaihteluväli: 1,84-2,05). Molemmilla rintasyöpähoitajilla hoitokirjeiden ja hoitopuheluiden lukumäärät ovat pienentyneet vuodesta 2013 vuoteen 2014 ja molemmilla soittojen lukumäärät ovat kasvaneet vuodesta 2013 vuoteen 2014. Hoitokirjeiden lukumäärän pienentyminen on maltillisempaa verrattuna hoitopuheluiden lukumäärän pienentymiseen, sillä hoitopuhelujen lukumäärät ovat molemmilla rintasyöpähoitajilla pienentyneet lähes olemattomiksi.

Rintasyöpähoitaja 1:n päivittäisten hoitokirjeiden lukumäärät ovat pienentyneet vuoden 2013 arvosta 3,16 vuoden 2014 arvoon 2,59. Rintasyöpähoitaja 2:n vastaavat arvot ovat 3,91 ja 2,45. Rintasyöpähoitaja 1:n päivittäisten hoitopuhelujen lukumäärät ovat pienentyneet vuoden 2013 arvosta 1,16 vuoden 2014 arvoon 0,32. Rintasyöpähoitaja 2:n vastaavat arvot ovat 2,36 ja 0,32. Soittojen päivittäisen lukumäärän kasvusta vuosien välillä kertoo rintasyöpähoitaja 1:llä vuoden 2013 arvo 6,05 ja vuoden 2014 arvo 8,08. Rin-

tasyöpähoitaja 2:n vastaavat arvot ovat 4,55 ja 6,51. Hoitopuhelujen lukumäärän pieneminen ja soittojen lukumäärän kasvaminen rintasyöpähoitajien keskiarvoisissa päivissä viittaisi siihen, että kirjauskäytännöt erilaisten puhelimessa suoritettavien aktiviteettien suhteen ovat muuttuneet. Tämän oletuksen nojalla osa kuntalaskutettavista toiminnoista on siirtynyt kuntalaskutuksen ulkopuolelle.

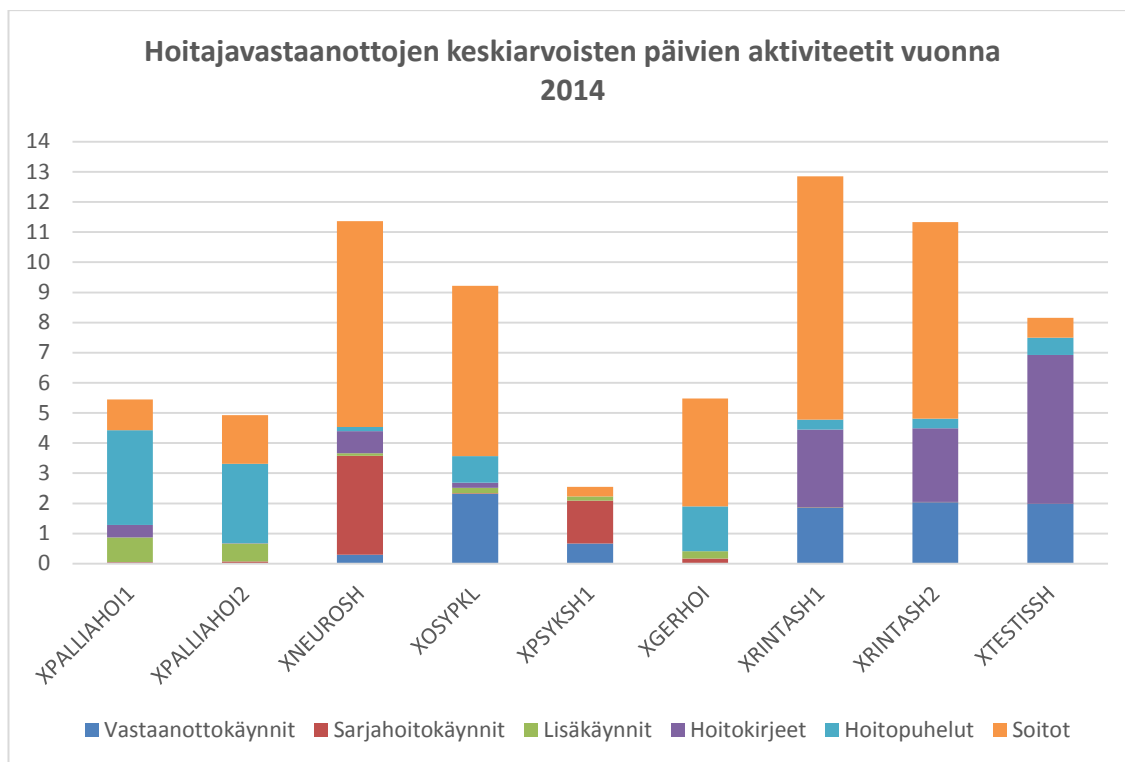
Kivessyöpähoitajalla lukumäärällisesti suurinta osaa keskiarvoisesta työpäivästä edustaa hoitokirjeet, joiden päivittäiset lukumäärät ovat olleet 6,14 (vuonna 2013) ja 4,93 (vuonna 2014). Kivessyöpähoitajan vastaanottokäyntien lukumäärä on hoitokirjeiden tavoin pienempi vuonna 2014 verrattuna vuoteen 2013. Vastaanottokäyntien päivittäiset lukumäärät ovat 2,59 (vuonna 2013) ja 1,99 (vuonna 2014). Hoitopuheluiden päivittäinen lukumäärä on vuonna 2013 ollut vain 0,14. Vuonna 2014 hoitopuheluiden päivittäinen lukumäärä on ollut 0,58. Soittojen päivittäisten lukumäärien arvot ovat olleet 0,41 (vuonna 2013) ja 0,66 (vuonna 2014)

Kivessyöpähoitajalla kuvan 5 tiedot perustuvat vuoden 2013 osalta yhteen kuukauteen ja vuoden 2014 osalta 12 kuukauteen, jolla voi olla oma vaikutuksensa keskiarvoisten työpäivien edustavuuteen ja vertailukelpoisuuteen. Kuvan 5 tietojen osalta kivessyöpähoitajan keskiarvoisen päivän voidaan todeta olevan edustavampi vuoden 2014 osalta kuin vuoden 2013 osalta.

Muista edellä tarkastelluista hoitajavastastoista poiketen kummallakaan rintasyöpähoitajalla, eikä kivessyöpähoitajalla ollut tietojärjestelmädatassa tilastollisesti merkittäviä kirjauksia lisäkäynneistä. Ainoat lisäkäyntikirjaukset näiden kolmen hoitajavastaston osalta ovat olleet yksi kirjaus vuonna 2014 rintasyöpähoitaja 1:llä ja yksi kirjaus kivessyöpähoitajalla vuonna 2014.

4.1.4 Vuoden 2014 poikkileikkaus

Tietojärjestelmädataan pohjautuvien havaintojen perusteella hoitajavastastottojen päivät poikkeavat toisistaan merkittävästi. Tietojärjestelmädatan analyysin kannalta nähtiin tarpeelliseksi esittää visuaalisesti kaikkien hoitajavastastottojen keskiarvoiset työpäivät samassa kuvassa. Kuvassa 6 on esitetty kaikkien hoitajavastastottojen keskiarvoiset päivät vuodelta 2014.



Kuva 6. Kaikkien tarkasteltavien hoitajavastaanottojen keskiarvoisten työpäivien aktiviteetit vuonna 2014

Kuvan 6 tietojen perusteella saadaan tukea havainnolle, jonka mukaan eri hoitajavastaanottojen keskiarvoiset päivien välillä on merkittävää vaihtelua. Ainoastaan kahden palliatiivisen sairaanhoitajan välillä sekä kahden rintasyöpähoitajan välillä on havaittavissa selkeää samankaltaisuutta, joka voidaan oletettavasti liittää työnkuvien yhtenevyyteen. Muuten poikkeavuuksia on havaittavissa sekä aktiviteettien yhteenlasketuissa määrittämissä, että keskiarvoisten työpäivien sisältämien aktiviteettien tyypeissä.

4.1.5 Muiden poliklinikoiden hoitajavastaanotot

Myös yhtä Kolmiosairaalan hoitajavastaanottoresurssia ja neljää Iho- ja Allergiasairaalan hoitajavastaanottoresurssia tarkasteltiin samalla tavoin kuin Syöpäkeskuksen hoitajavastaanottoresursseja muodostamalla keskiarvoisen päivän aktiviteetteja kuvaavat pylväsdiagrammit. Vertailun tarkoituksena oli selvittää, kertyykö muiden yksiköiden hoitajavastaanottotoiminnasta enemmän päivittäisiä kirjauksia kuin Syöpäkeskuksen hoitajavastaanotoilla.

Vertailun tuloksena voidaan todeta, etteivät muiden yksiköiden hoitajavastaanottoresurssien päivittäiset kirjaukset ole korkeammalla tasolla kuin Syöpäkeskuksen hoitajavastaanottoresursseilla ja että Syöpäkeskuksella itse asiassa kirjausten toteuttaminen vaikuttaa olevan pidemmälle vietyä ja paremmin ohjeistettua kuin verratuissa yksiköissä. Muiden yksiköiden hoitajavastaanottoresurssien kirjauksissa ei ollut juurikaan kirjauksia hoitopuheluista, hoitokirjeistä tai soitoista. Kirjausten puuttuminen viittaisi siihen,

että toimintoja ei kirjata, vaikka on syytä olettaa että myös muiden yksiköiden hoitajavastaanottoa pitävät sairaanhoitajat suorittavat hoitopuheluita, hoitokirjeitä ja soittoja. Vertailudatan visuaalista esittämistä ei nähty tarpeelliseksi vertailun jäädessä hyvin pin-tapuoliselle tasolle.

4.1.6 Hoitajavastaanottojen vertailukelpoisuuden arviointi tietojärjestelmädataan perustuen

Yllä esitettyjen palkkikaavioiden perusteella eri hoitajavastaanottojen tyypilliset työpäivät poikkeavat merkittävästi toisistaan. Kahden eri rintasyöpähoitajan toimintatavat ja kahden eri palliatiivisen hoitajan toimintatavat mitä todennäköisimmin ovat yhtenäisiä, mutta muiden hoitajavastaanottojen toimintatavoissa voi olettaa olevan runsaasti eroavaisuuksia jo pelkästään tyypillisen päivän aktiviteetteihin ja niiden lukumääriin perustuen. Eroavaisuudet voivat johtua muun muassa mahdollisista kirjauskäytäntöjen ja toimintatapojen eroista, erilaisista potilasaineistoista ja ”pehmeiden” hoitotyötehtävien osuuden vaihtelusta eri hoitajavastaanottojen välillä. Mikäli hoitajavastaanottoa pitävän hoitajan työkuva sisältää suuren osan ”pehmeää” hoitotyötä, voi olla tarpeen arvioida, täyttääkö kyseisen sairaanhoitajan työkuva hoitajavastaanottotoiminnan kriteerit.

Vaikka kaikilla hoitajavastaanottoa pitävillä hoitajilla työpäivät ovat määritelty samantapuisiksi, voi arvontuoton tai tuottavuuden arviointi olla liian yksinkertaistettua pelkästään vastaanottokäynti-, sarjahoitokäynti-, lisäkäynti-, hoitokirje-, hoitopuhelu- ja soitto-kirjausten perusteella. Ei siis suoraan voida tehdä johtopäätöstä, että esimerkiksi neurohoitajan työ olisi enemmän toiminnallista arvoa organisaatiolle tuottavaa kuin psykiatrisen sairaanhoitajan, vaikkakin datan perusteella neurohoitajan keskiarvoinen työpäivä sisältää merkittävästi enemmän aktiviteetteja tarkastellulla aikavälillä. Eri hoitajavastaanottojen vertailua tietojärjestelmädatan perusteella hankaloittaa myös se, etteivät aktiviteettien kestot ole tiedossa. Ei myöskään ole tiedossa kuinka paljon hajontaa liittyy jonkin tietyn aktiviteetin keston, eli onko esimerkiksi eri hoitokirjeiden suorittamisen kestoissa vaihtelua ja mihin tekijöihin mahdolliset eroavaisuudet aktiviteettien kestoissa pohjautuvat.

Tietojärjestelmädatan tulkitsemisessa merkittävää roolia edustaa kirjauskäytäntöjen yhteneväisyys tai sen mahdollinen puute eri hoitajavastaanottojen kesken. Kirjauksien tarjoaman datan arvoa ei ole syytä väheksyä mutta ilman jatkoselvityksiä datan käytettävyys eri hoitajavastaanottojen vertailussa on kyseenalaista ja mahdollisesti liian yksinkertaistettua. Toiminnallisen arvontuoton näkökulmasta kuntalaskutettavien aktiviteettien osuus työpäivästä on tärkeä mittari, mutta hoitajavastaanottojen toiminnan arviointi ei tule perustua pelkästään kuntalaskutettavien aktiviteettien määrään tai osuuteen työpäivästä.

4.2 Haastattelututkimuksen tulokset

Haastatteluiden myötä otettiin selvää hoitajavastaanottoja pitävien sairaanhoitajien päivittäisestä toiminnasta niin operatiivisella, kuin yleisemmällä tasolla. Tiettyä haasteellisuutta liittyi haastattelujen toteutukseen niiden yleisluontoisuuteen liittyen. Yleisluontoisuuden johdosta kaikki haastattelujen kysymykset eivät tuottaneet hyödyntämiskelpoista aineistoa. Yleisluonteiset kysymykset olivat kuitenkin tärkeässä asemassa kerryttämässä haastattelijan ymmärrystä hoitajavastaanottojen toimintaa kohtaan. Yleisen ymmärryksen kartuttaminen pohjusti kvalitatiivista analyysiä ja tutkimuksen seuraavia vaiheita.

Joidenkin kysymysten ja vastausten kohdalla hankaluutena oli myös haastattelijan rajoittunut ennakkotietämys hoitajavastaanottojen toiminnasta. Esimerkiksi kirjauksista kysyttäessä haastattelijä yritti selvittää toiminnasta kertyviä käyntitietokirjauksia, mutta vastaus käsitteli useammin sanelujen kirjauksia. Tämän johdosta strukturoidun kysymyskokonaisuuden yksittäisiä kysymyksiä tarkennettiin haastattelutilanteissa tarpeen mukaan lisäkysymyksillä, jotta vastaukset saatiin kohdistumaan tarkasteltaviin asioihin.

Haastattelututkimuksien tuloksien analyysissä nostetaan ylös teemoja ja kokonaisuuksia, jotka nähtiin hoitajavastaanottojen tehokkaan järjestämisen ja arvontuoton näkökulmista oleellisiksi. Eri hoitajavastaanottojen vertailukelpoisuus nähdään tutkimuksen kannalta merkittäväksi tarkastelukohteeksi ja se pidettiin mielessä myös haastattelun tuloksia analysoidessa.

4.2.1 Aamupäivän rytmitys

Osastonhoitajan mukaan hoitajavastaanottoa pitävien hoitajien virallinen työaika alkaa kello 07:30 ja töihin tulemiseen liittyy joustovara 07:00-08:00, jolla pyritään varmistamaan riittävä valmistautumisaika alkavan työpäivän aktiviteeteille. Aamupäiville sijoituvien koulutuksien, kokouksien ja palaverien määrä vaihtelee aiheuttaen tarvetta joustolle, samoin kuin mahdolliset edellisen päivän rästityöt tai tulevan päivän valmistautumistyöt. Yleisesti ottaen ensimmäinen potilas saapuu hoitajanvastaanotolle kello 9:00.

Aikataulupohja käynnistää hoitajavastaanoton varsinaisen vastaanottotyön. Kives-syöpähoitajalla aikataulupohja alkaa ensimmäisellä potilasvastaanotolla kello 09:30, mutta toisinaan hän ottaa sovitusti ensimmäisen potilaan jo ennen virallisen aikataulupohjan alkamista, kello 08:30. Kivessyöpähoitaja kertoi tulevansa töihin pääasiallisesti jo klo 7 jälkeen. Töihin saapumisen ja aikataulupohjan alkamisen välinen aika on kives-syöpähoitajalla varattuna tulevan päivän potilastietoihin tutustumiseen sekä aamuraporttiin ja mahdollisiin kokouksiin.

Molemmat rintasyöpähoitajat kertoivat työpäiviensä alkavan kello 07:30 ja molemmilla rintasyöpähoitajilla 08:00-09:00 välinen aika oli varattuna lääkärinkonsultaatioon. Toi-

nen heistä kertoi aikataulupohjan alkavan kello 08:00 lääkärikonsultaatioajalla ja toinen kello 09:00 ensimmäisen potilaan vastaanottoajalla. Vain toisella rintasyöpähoitajista on aamupäivisin vastaanottoaikoja toisen keskittyessä silloin oirepuhelimen purkuun. Ilta-päivällä osat kahden rintasyöpähoitajan välillä vaihtuvat vastaanottoaikojen ja oirepuhelimen purun suhteen. Töihin saapumisen ja aikataulupohjan alkamisen väliseen aikaan kuuluu lääkärikonsultaatioiden lisäksi tuleviin potilaisiin tutustumiset sekä mahdolliset välivuosi mammografia kontrollikirjeiden tarkastukset.

Psykiatrinen sairaanhoitaja kertoi tulevansa töihin 07:30-08:00 välisenä aikana. Aikataulupohja alkaa kello 09:00 ensimmäisen potilaan vastaanottoajan myötä. Ennen ensimmäistä vastaanottoaikaa hoitajan aamuun kuuluu sairaskertomusten läpilukemista, eli tulevien potilaiden tietoihin tutustumista.

Tablettihoitaja kertoi tulevansa töihin 07:00-08:00 liukuman sallimissa rajoissa päivästä riippuen. Joihinkin aamuihin kuuluu klo 08:00-09:00 kokous tai koulutus, muuten aamun toimintoihin ennen aikataulupohjan alkamista kuuluu edellisen päivän mahdolliset rästityöt ja tulevaan päivään valmistautumiset. Joinakin aamuina tablettihoitaja suorittaa tutkimushoitajatehtäviään, mikäli niille jää aikaa. Tablettihoitajan aikataulupohja alkaa kello 09:00 ensimmäisellä vastaanottokäynnillä.

Palliatiivisista sairaanhoitajista toinen kertoi tulevansa töihin klo 07:30 ja toinen 07:30 jälkeen. Kello 07:30 aloittava sairaanhoitaja kertoi aamupäivään kuuluvan niitä tehtäviä, jotka eivät ole aikasidonnaisia ja aikataulupohjan alkavan kello 8:00 lääkärinkonsultaatiotunnilla. Haastateltava mainitsi, että tähän samaan aikaan lääkäreillä on omia kokouksia, josta syystä aamun konsultaatioaikaan liittyy usein odottelua. Potilaskontaktointit alkavat vasta noin kello 10, sillä sitä ennen potilaille ei kannata soittaa. Kello 07:30 jälkeen aloittava palliatiivinen sairaanhoitaja kertoi aikataulupohjan alkavan kello 9:00. Töiden aloittamisen ja aikataulupohjan alkamisen väliseen aikaan kuuluu sairaanhoitajan mukaan aamukahvit, ”briiffaustuokio” tai maanantaisin virallisempi palaveri, keskinäinen työnjako ja vertaiskonsultointi sekä muut päivän valmistelut.

Geriatrisonkologinen sairaanhoitaja kertoi tulevansa töihin 07:30-08:00 välillä ja aikataulupohjan alkavan kello 10:00. Näiden väliseen aikaan hoitajalla kuuluu aamukahvi, päivän läpikäynti sekä töiden aloitus jo ennen aikataulupohjan aloittamista, noin kello 09:00. Hoitaja kommentoikin, että aikataulupohjan voisi hyvin muuttaa alkamaan jo kello 09:00.

Haastattelujen perusteella hoitajavastaanottoa pitävien hoitajien aamupäivän rytmitykset ennen aikataulupohjan alkamista eivät noudata mitään yhtenäistä kaavaa. Haastatteluvastausten perusteella on myös vaikea päätellä, miten tasaisesti eri sairaanhoitajien välillä on esimerkiksi rästitehtäviä edelliseltä päiväältä.

Haastatelluista sairaanhoitajista kolme kahdeksasta kertoi lääkärin konsultaation kuuluvan työpäivän alkamisen ja aikataulupohjan alkamisen väliseen aikaan. Aamuisen lää-

kärin konsultaatioon kohdistuvaa ajankäyttöä on kuitenkin vaikea arvioida haastatteluvastausten perusteella.

4.2.2 Lääkäreiden konsultaatiot

Molemmat rintasyöpähoitajat sekä toinen palliatiivinen hoitaja listasivat lääkäreiden konsultoinnin kuuluvan päivittäiseen töihin saapumisen ja aikataulupohjan alkamisen väliseen aikaan. Palliatiivinen sairaanhoitaja nosti kuitenkin haastattelussa esiin, että lääkäreiden aamukokoukset ovat tähän samaan aikaan, josta johtuen lääkärinkonsultointiin liittyy usein odottelua.

Yleisemmin lääkärinkonsultaatioiden tarve hoitajavastaanottoa pitävien sairaanhoitajien päivissä vaihteli laajalla skaalalla. Psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla ilmenee tarvetta konsultoida lääkäriä hyvin harvoin ja haastattelujen perusteella juuri psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla tarve lääkäreiden konsultoinnille on pienin kaikista hoitajavastaanotoista. Toinen rintasyöpähoitajista arvioi tarpeen lääkärin konsultoinnille ilmenevät viikoittain, muttei päivittäin.

Kivessyöpähoitaja arvioi, ettei lääkärin konsultoinnille ole tarvetta jokaisena päivänä ja useimmiten kivessyöpähoitajalla on mahdollisuus konsultoida lääkäri kootusti asioistaan niinä päivinä, kun hän toimii lääkäri-hoitaja työparin toisena osapuolena. Haastatteluhetkellä kivessyöpähoitajan viikosta kaksi päivää kuului hoitajavastaanottotoiminnalle ja kolme päivää lääkäri-hoitaja työparitoiminnalle. Näin ollen kivessyöpähoitajalla lääkärin konsultaatiot eivät vie samalla tavalla aikaa hoitajavastaanottoon liittyviltä tehtäviltä kuin muilla sairaanhoitajilla, jotka keskittyvät hoitajavastaanottotoimintaan viitenä päivänä viikossa.

Geriatrisonkologisella sairaanhoitajalla lääkäreiden konsultaatiotarpeet eivät myöskään ole jokapäiväisiä, mutta toisaalta hän kertoi välillä ilmaantuvan saman päivän aikana kolmekin tapausta, jotka vaativat lääkärin konsultaatiota. Tablettihoitaja arvioi, ettei vastaanottotoiminnassa ilmaannu tarvetta konsultoida lääkäriä jokaisena päivänä, mutta kuitenkin useita kertoja viikossa.

Molempien palliatiivisten sairaanhoitajien vastaanotoilla ilmenee haastattelujen perusteella päivittäin tarvetta lääkärin konsultaatioille. Konsultaatioiden tarve aiheuttaa molempien työpäiviin epäsujuvuutta, sillä lääkäreiden kiinni saaminen on hyvin vaihtelevaa. Toinen palliatiivisista sairaanhoitajista kertoi lääkäreiden olevan ”ylityöllistettyjä”, jonka johdosta konsultoitavat asiat kerääntyvät, eikä omia työtehtäviä pysty näin ollen hoitamaan ajallaan. Samankaltaista epäsujuvuutta nousi esiin toisenkin palliatiivisen sairaanhoitajan haastattelussa. Hän kertoi soittojen ja hoitopuhelujen yhteydessä ilmaantuvan usein lääkärinkonsultaatiotarpeita ja useimmiten lääkärin kiinni saaminen tällaisen yhteydessä kestää kauan, jolloin soittoon tai hoitopuheluun liittyvät asiat seisovat eikä asioita saa vietyä eteenpäin.

Lääkärin konsultaatioille ilmenee siis yleisesti ottaen tarvetta hoitajavastaanotoilla ja useilla näistä siihen onkin varattu aikataulupohjasta erityinen aika. Ei kuitenkaan ole yksiselitteisesti selkeää, onko lääkäreitä saatavilla tai tavoitettavissa näinä aikoina, jotka hoitajavastaanottoa pitävien sairaanhoitajien aikataulupohjista on varattuna lääkärin konsultaatiolle. Niissä tapauksissa, missä sairaanhoitajien työt seisovat lääkäriä etsiessä tai odottaessa toimintaan liittyy selkeästi hukkaa ja tehottomuutta, joka voisi olla mahdollisesti vältettävissä järjestämällä mahdollisuudet lääkärinkonsultaatioihin saumattomammin.

4.2.3 Soitot ja hoitopuhelut

Kaikilla haastatelluilla hoitajavastaanottoa pitävillä sairaanhoitajilla, psykiatrissa sairaanhoitajaa ja tablettihoitajaa lukuun ottamatta, puhelimen käyttö työllistää hoitajia merkittävästi. Psykiatrinen sairaanhoitaja sopii itse hoidettavat puhelut potilaiden kanssa ja tablettihoitajan työpäivässä on puhelinpäivystystunti varattuna potilaiden yhteydenotoille. Muiden hoitajavastaanottojen osalta potilaiden puhelut sairaanhoitajille tulevat pitkin päivää ja epäsäännöllisesti. Ainoastaan rintasyöpähoitajilla on käytössä takaisinsoittopalvelu, jossa potilas jättää soittopyynnön järjestelmään ja potilaalle soiteaan takaisin kahden arkipäivän sisällä. Osastonhoitaja mainitsi hoitajavastaanotoilla varsinaisten vastaanottokäyntien ohella tärkeimmäksi tehtäväksi potilaiden puheluihin vastaamisen.

Puhelinpalvelun tai –päivystyksen perustana on potilaalle annettu sairaanhoitajan henkilökohtainen puhelinnumero, joihin potilailla on oikeus soittaa mihin aikaan vain sairaanhoitajien virka-ajalla (pois lukien yllä mainitut psykiatrinen sairaanhoitaja ja tablettihoitaja). Rintasyöpähoitajien takaisinsoittopalvelu mahdollistaa sen, että sairaanhoitajat pystyvät itse rytmittämään puhelimella hoidettavia asioita päiviensä sisällä. Muilla sairaanhoitajilla potilaan soitot aiheuttavat käytännössä väistämättä keskeytyksiä muihin työtehtäviin. Potilaiden puhelusta aiheutuvaa työkuormaa on vaikea ennakoita, sillä puheluiden määrän esitettiin vaihtelevan paljon eri päivien välillä. Toinen rintasyöpähoitajista arvioi, että kiireisenä päivänä purettavien puheluiden määrä olisi jopa 50 kappaletta ja hiljaisena päivänä vain viisi kappaletta.

Takaisinsoittopalvelua on myös kokeiltu palliatiivisen osaston hoitajavastaanotoilla (palliatiiviset sairaanhoitajat 1 ja 2 sekä geriatrisonkologinen sairaanhoitaja) mutta käytännöstä on luovuttu sen toimimattomuuden vuoksi. Palliatiivisen osaston potilasaines on niin huonokuntoista, ettei heiltä onnistunut tunnistettavien soittopyyntöjen jättäminen, eikä tästä johtuen takaisinsoittopalvelua jatkettu. Osastonhoitaja nosti esiin tarpeen kehittää rintasyöpähoitajien takaisinsoittopalvelun kaltaisia käytännön ratkaisuja myös muiden vastaanottojen potilaspuheluiden järjestelmälliseen purkamiseen.

Hoitopuhelusta laskutetaan kuntaa, mutta potilaalle se on maksuton. Siitä, koska puhelimella hoidettava asia on hoitopuhelu, ei ollut selkeää yhteistä kantaa. Osastonhoitaja

muisteli, että aiemmin esimerkiksi rintasyöpähoitajien puhelinpostin purkuun liittyvät puhelut olivat hoitopuheluita mutta nykyisin ne ovat soittoja. Myös hoitopuhelujen lukumäärien väheneminen ja soittojen lukumäärien kasvaminen rintasyöpähoitajien kirjausdatassa vuosien 2013 ja 2014 välillä tukee osastonhoitajan mietteitä.

Osastonhoitajan mukaan hoitopuhelu korvaa potilaan käynnin, esimerkiksi kun tutkimusvastaus välitetään potilaalle puhelimitse. Toinen rintasyöpähoitajista kertoi hoitopuheluiden olevan etukäteen suunniteltuja puheluita, joihin liittyy ohjeistuksia tai määräyksiä. Palliatiivista sairaanhoitajista toinen listasi hoitopuheluiksi ennalta sovitut välisoitot potilaan voinnista sekä lääkityksen seurantapuhelut. Toisen palliatiivisen sairaanhoitajan mukaan linjaus soiton ja hoitopuhelun välillä voi vaihdella päivien välillä ”fiilispohjalla”. Myös tablettihoitajan mukaan linjaus hoitopuhelun ja soiton välillä on sairaanhoitajan itse määriteltävissä. Tablettihoitajan mukaan soitto on tyypillisesti varmistus siitä, että kaikki on hyvin. Hoitopuhelut taas ovat sellaisia puheluita, joihin liittyy joitakin muutoksia potilaan tilanteessa.

Geriatrisonkologisen sairaanhoitajan mukaan lääkärin määräyksestä tehty soitto merkitään hoitopuheluksi, samoin kuin ennalta sovitut soitot. Kivessyöpähoitajan mukaan hoitopuhelusta täytyy aina olla sellainen kirjallinen merkintä, että laskutettava kunta voi tarvittaessa palata tiettyyn hoitopuheluun ja tarkistaa, mitä sen yhteydessä on tehty ja mitä tutkimuksia siihen on liittynyt.

Haastattelujen perusteella linjanveto soiton ja hoitopuhelun ei ole täysin yhtenäistä eri hoitajavastaanottoa pitävien hoitajien välillä. Vastauksissa tuli esiin myös toistuvasti ilmaukset siitä, että linjanveto soiton ja hoitopuhelun välillä on sairaanhoitajasta itsestä kiinni. Tämän nojalla voidaan tehdä johtopäätös siitä, ettei soiton ja hoitopuhelujen kirjauskäytännöistä ole olemassa riittävän täsmällistä ohjeistusta.

4.2.4 Ajanvaraukset

Ajanvaraukskäytännöissä oli huomattavaa poikkeavuutta eri hoitajavastaanottojen välillä. Rintasyöpähoitajien vastaanottoajat varataan rintasyöpähoitajien jonosta pääsääntöisesti tiimiin kuuluvien kahden lähihoitajan sekä osastosihteerin toimesta. Jono koostuu niin sanotuista terveistä arkeen palanneista potilaista, joiden hoito on loppunut. Jonotiedoissa on merkittynä, koska hoidot ovat loppuneet ja jonotietojen perusteella potilaille varataan 1-vuotis kontrollikäynnit rintasyöpähoitajien vastaanotolle. Rintasyöpähoitajien vastaanottokäynnit ovat (akuutteja oirekäyntejä lukuun ottamatta) 1-vuotis kontrollikäyntejä. Osan kirje- ja soittoajoista varaavat rintasyöpähoitajat itse, samoin kuin akuutit oireajat, jotka ovat normaaleja vastaanottokäyntejä lyhempiä vastaanottoja ja jotka on mahdollista sovittaa lyhyelläkin varoitusajalla päivien keskelle. Potilaan unohtaessa saapua rintasyöpähoitajan vastaanotolle varaa sihteeri tai lähihoitaja potilaalle uuden ajan.

Psykiatrinen sairaanhoitaja kuuluu ajanvarauksellisesti samaan kategoriaan rintasyöpähoitajien kanssa, sillä hänen potilaiden ensikäyntien ajanvaraukset on myös ”ulkoistettu”. Ensikäyntien varaamisesta aikataulupohjaan vastaa osastonsihteeri. Lisäksi, mikäli potilas peruuttaa käynnin, pyrkii osastonsihteeri täyttämään vapautuneen ajan. Ensikäynnin yhteydessä psykiatrinen sairaanhoitaja tekee jatkohoidosuunnitelman ja varaa itse potilaidensa jatkohoitajat.

Kivessyöpähoitaja varaa omat aikansa aikataulupohjaansa ja lisäksi kivessyöpähoitaja varaa aikoja lääkärille. Kivessyöpähoitajan potilaat ovat nuoria miehiä (80- ja 90-luvulla syntyneitä) ja heille on ominaisempaa unohtaa vastaanottoaikoja kuin muille potilasryhmille. Mikäli potilas unohtaa tulla vastaanottoajalleen, soittaa kivessyöpähoitaja potilaalle ja sopii tämän kanssa uuden ajan.

Tablettihoitajan ohjausaikoja varaavat muut ”oman talon” hoitajat ja lääkärit. Myös tablettihoitajan vastaanotolla suoritettavia toksisiteettikäyntejä varaavat lääkärit. Tablettihoitajan vastaanotolla ilmenee myös tarvetta lisäkäynneille ja oirekäynneille, jotka tablettihoitaja varaa itse samassa yhteydessä, kun hän havaitsee tarvetta sellaiselle potilaskontaktissa.

Palliatiiviset sairaanhoitajat varaavat itse aikojaan, mutta myös muut organisaation jäsenet varaavat heidän aikojaan, esimerkiksi osastolta kotiuttamisen jälkeen osastohenkilökunta varaa jatkoajat palliatiivisille sairaanhoitajille. Haastattelussa kävi ilmi, että käytännössä kuka vaan organisaation jäsen voi varata palliatiivisen hoitajavastaanoton aikoja ja osa ajoista varataan kysymättä erikseen palliatiivisilta sairaanhoitajilta. Geriatrian geriatrisen sairaanhoitajan ajanvarauskäytännöt muistuttavat palliatiivisten sairaanhoitajien ajanvarauskäytäntöjä. Geriatrian geriatrisen sairaanhoitaja on pääosin itse vastuussa aikojen varaamisesta, mutta aikoja varaavat myös muut hoitajat ja joskus jopa lääkäritkin. Sairaanhoitaja nosti esiin, että tietoisuus potilaan kokonaistilanteesta on ajanvarauksessa tärkeää, jonka johdosta sihteerin mahdollisuuksina hoitaja näki vain kaavamaisien käyntien ajanvaraukset.

Osastonhoitajan mukaan palliatiivisilla sairaanhoitajilla ja geriatrisen geriatrisen sairaanhoitajalla on perusteltua, että he varaavat itse pääosin aikansa, sillä heidän potilasaineistonsa on niin huonokuntoista. Huonokuntoisuuden vuoksi potilaiden tilanteet muuttuvat nopealla tahdilla ja tarpeet voivat kohdistua jo seuraavaan päivään. Geriatrian geriatrisen sairaanhoitaja tuntee omien lähipäivien aikataulunsa itse parhaiten ja ajanvaraus sujuu vähimmällä työmäärällä sairaanhoitajan tehdessä varaukset itse sen sijaan, että esimerkiksi osastosihteeri tekisi ajanvaraukset. Sama pätee myös neurohoitajaan ja hänen aikojensa varaukseen, potilasaineiston huonokuntoisuuden vuoksi ei kannata ”ulkoistaa” ajanvarausta.

4.2.5 Aikataulupohjan rooli

Aikataulupohjan laatimisesta kaikkien hoitajavastaanottojen kohdalla (pois lukien tablettihoitaja, jonka aikataulupohjan tekee päiväsairaalan osastonhoitaja) on vastuussa osastonhoitaja. Osastonhoitaja kertoi haastattelussaan, että aikataulupohja laaditaan yhdessä lääkärin kanssa, jolloin päätetään esimerkiksi vastaanottoaikojen pituudet ja määrät. Hoitajavastaanottoa pitävät sairaanhoitajat pääsevät vaikuttamaan aikataulupohjan sisällön rytmittämiseen, esimerkiksi aamupäivä voi olla vastaanottopainotteinen ja iltapäivä hoitokirje- ja hoitopuhelupainotteinen.

Rintasyöpähoitajat, kivessyöpähoitaja ja psykiatrinen sairaanhoitaja kuuluvat siihen ryhmään, joiden päivittäinen aikataulu seuraa aikataulupohjaan tehtyjä varauksia. Psykiatrisen sairaanhoitajan ja kivessyöpähoitajan vastaanottoaikojen pituus on yksi tunti, joka sisältää käynnin jälkeisen saneluun ja käyntitietojen kirjaamiseen varatun ajan. Kivessyöpähoitaja mainitsi myös, että tunnin vastaanottoaikaan sisältyy myös jatkotutkimusaikojen varaamiset vastaanotolla käyvälle potilaalle. Rintasyöpähoitajilla vastaanottoajan pituus on 45 minuuttia. Rintasyöpähoitajat hoitavat myös akuutteja oirekäyntejä tarpeen tullen, joiden pituus on tyypillisesti lyhempi kuin normaalin 45 minuutin vastaanottokäynnin (1-vuotis kontrollikäynti). Psykiatrisella sairaanhoitajalla on varattuna 1,5 tunnin pituinen vastaanottokäynti silloin, kun vastaanotolle on tulossa selkeästi suurempi ryhmä. Tällöin pidempi vastaanottoaika on sijoitettuna iltapäivälle päivän viimeiseksi vastaanotoksi.

Tablettihoitajan päivät noudattavat myös aikataulupohjaa, mutta toisaalta sairaanhoitaja nosti haastattelussa esiin myös, että päivät ”elävät”. Esimerkiksi kirjeajan yhteydessä voi ilmetä tarve soitolle tai hoitopuhelulle mikäli tutkimuksissa on ilmennyt jotain uutta. Tällöin soitto tai hoitopuhelu täytyy lomittaa työpäivän keskelle. Tablettihoitajan vastaanottokäynnille on varattu aikaa 1 tunti ja se sisältää käyntiin liittyvät kirjaukset.

Palliativisten sairaanhoitajien ja geriatrisonkologisen sairaanhoitajan vastaanottoaikojen pituudet eivät noudata aikataulupohjan 1 tunnin siihen varattua aikaa. Toinen palliativisista hoitajista kertoi sädehoidon seurantakäyntien kestojen olevan yleensä puoli tuntia ja muuten hän kertoi vastaanottokäynnin pituuden voivan olla ihan mitä vaan. Toinen palliativisista sairaanhoitajista kertoi vastaanottoajan olevan aikataulupohjassa tunnin mittainen mutta käytännössä tarpeen määrittävän vastaanottoajan todellisen pituuden. Hänen mukaan on tavallisempaa mennä enemmän potilaiden kuin aikataulupohjan mukaan. Geriatrisonkologinen sairaanhoitaja kertoi, että aikataulupohjan vastaanottoajat eivät pituudeltaan vastaa todellisia vastaanottokäyntien kestoja, vaan varauksen yhteydessä vastaanottoajan huomiokenttään merkitään vastaanoton todellinen aikataulu. Vastaanottoajat vaihtelevat pääosin geriatrisonkologisen sairaanhoitajan vastaanotolla välillä 0,5-1,5 tuntia.

Molemmat palliatiiviset sairaanhoitajat kertovat työnsä olevan päivystyksellisempää kuin muilla hoitajavastaanotoilla. Myös geriatrisonkologisella sairaanhoitajalla kerrottiin olevan samanlainen työnkuva. Potilasaineksella ja päivystyksellisyydellä voikin nähdä olevan suuri merkitys siihen, etteivät aktiviteetit päivän sisällä noudata aikataulupohjaa. Toinen palliatiivisista sairaanhoitajista kertoi esimerkiksi, että sädehoidosta potilaat saapuvat vastaanotolle sädehoidon aikataulun mukaisesti, jonka johdosta jonain aamupäivinä saattaa jopa kolme potilasta olla tulossa samaan aikaan vastaanotolle. Palliatiivisten sairaanhoitajien työn kerrottiin myös olevan koordinoivaa työtä. Potilas on tyypillisesti samaan aikaan hoidossa useassa eri paikassa ja mikään hoitolaitos ei ota hänestä kokonaisvastuuta, jonka johdosta palliatiiviset sairaanhoitajat pyrkivät auttamaan potilasta päivittäisissä hoitoon liittyvissä asioissa. Päivystyksellisen aspektin takia yllä mainittujen sairaanhoitajien työpäivät voivat todellisuudessa olla aivan erilaisia, miltä ne aamulla vaikuttavat aikataulupohjan varauksien perusteella.

4.2.6 Mahdollisia tehtäväsiirtoja sihteereille

Kivessyöpähoitaja esitti, että mikäli sihteereille voisi siirtää ajanvaraukset ja ajanvaraus-tietojen postituksen potilaalle, voisi sairaanhoitaja ottaa enemmän potilaita vapautuneen ajan vuoksi. Tällöin ajanvaraukset toteutettaisiin määräyksinä sihteereille, kuten lääkärit toimivat. Myös osastonhoitaja toi haastattelussaan ilmi, että osasta hoitajavastaanottoja voisi siirtää kaikki ajanvaraukset sihteereiden hoidettavaksi.

Toinen rintasyöpähoitajista toi esiin, että kaikki potilaiden ajanvarauksiin liittyvät puhelut voitaisiin kanavoida sihteereille. Sairaanhoitajan mukaan tuntuu turhalta, että ajanvarauksen vaihtoa tavoitteleva potilas soittaa ”oirepuhelimeen” sen sijaan, että asian käsitelisi sihteeri, joka muutenkin on vastuussa vastaanottoaikojen varaamisesta. Toinen rintasyöpähoitajista ei nähnyt mahdollisuuksia tehtävien siirtämisestä sihteereille jo tähän mennessä tehtyjen tehtäväsiirtojen lisäksi. Psykiatrinen sairaanhoitaja oli samalla kannalla työnsä suhteen. Hänen mukaan sihteereille on onnistuttu siirtämään jo kaikki mahdolliset työtehtävät hoitajavastaanotolta.

Toinen palliatiivisista sairaanhoitajista esitti haastattelussa mahdollisuuden kaikkien postitusasioiden siirtämisestä sihteereille. Toinen sairaanhoitajista taas nosti esiin mahdollisuuden soittopyyntöjen vastaanoton siirtämisestä sihteereiden vastuulle. Lisäksi hän pohti, että loppuhoidon varmistamisen (kun potilas siirtyy pois palliatiivisen hoidon piiristä) voisi myös hoitaa sihteeri ainakin niissä tapauksissa, kun se on vain ”rasti ruutuun” tyylinen tarkistus. Loppuhoidon varmistamisessa tarkistetaan siis, että potilas on onnistuneesti otettu hoitoon seuraavaan paikkaan, esimerkiksi kotisairaalaan. Kotisairaala voi sairaanhoitajan mukaan toisinaan kirjoittaa potilaan ulos ennenaikaisesti perustuen esimerkiksi väliaikaiseen hyvään vointiin ja tämän kaltaiset tapaukset pitäisi loppuhoidon varmistamisessa pystyä havaitsemaan.

Molemmat palliatiiviset hoitajat nostivat haastatteluissaan esiin mahdollisuuden siirtää ajanvaraukset sihteereille, lukuun ottamatta niitä tapauksia, joissa ajanvaraus sujuu sairaanhoitajalta esimerkiksi potilaan kanssa käydyn puhelun yhteydessä. Samankaltaisen mielipiteen antoi geriatrisonkologinen sairaanhoitaja haastattelussaan. Hänen mukaan kaavamaiset ajanvaraukset voisi siirtää sihteereille. Toisaalta hän nosti esiin myös, että potilaan kokonaistilanteen tunteminen on tärkeää ajanvarauksenkin näkökulmasta, jonka johdosta sihteeri ei aina välttämättä ole oikea henkilö ajanvarauksen suorittamiseen.

Tablettihoitaja esitti haastattelussaan mahdollisuutena siirtää käyntitietojen kirjaamiset sihteereille. Hän kuitenkin esitti, että käyntitiedot eivät aina vastaa aikataulun pohjan mukaisia aktiviteetteja, sillä työpäivä ”elää” sen aikana esiintyvien tarpeiden mukaisesti. Jos esimerkiksi verikokeiden tuloksissa ilmenee jotain uutta ja täytyy olla kontaktissa potilaaseen, kirjeaika muuttuu soitoksi tai hoitopuheluksi. Sihteereille pitäisi siis päivittyä päivän todellinen kulku käyntitietojen kirjaamisia varten.

4.2.7 Tehottomuudet ja epäsujuvuudet

Kivessyöpähoitajalla on myös muita vastuita ollessaan apulaisosastonhoitaja ja hän pitää työhuoneen ovea auki aina, mikäli hänellä ei ole potilasta sisällä. Oven auki pitämisestä ja auttamishalukkuudesta sekä viran puoleisista velvoitteista tulee luonnollisesti keskeytyksiä. Sairaanhoitajan mukaan aikataulupohja on täytetty aika tiiviiksi ja yllä mainituista keskeytyksistä johtuen työpäivät venyvät usein ylitöiden puolelle. Sairaanhoitaja esitti, että mikäli hän pitäisi työhuoneen oven kiinni ja keskittyisi hoitajavastaanottotoimintaan, niin päivittäisen aikataulupohjan mukaisten tehtävien suorittaminen ajallaan ja työajan puitteissa olisi helpompaa.

Toinen rintasyöpähoitajista mainitsi, että joskus oirepuhelinta purkaessa joudutaan yksittäisille potilaille soittamaan useamman kerran, ennen kuin potilas saadaan kiinni. Lisäksi hän mainitsi ”hukkakäynniksi” sen, kun rintasyöpähoitaja yrittää tavoittaa lääkäriä ja pääsee etenemään asioissa vasta, kun lääkäriltä on saatu ohjeistus tapausta varten. Toinen rintasyöpähoitajista mainitsi, että joskus röntgenin viive heijastuu rintasyöpähoitajien vastaanotolle. Yleisesti tarvittavat tutkimukset on hoidettu etukäteen niin, että tulokset ovat valmiina vastaanottokäyntiä varten, mutta joskus tutkimustuloksia joudutaan odottamaan.

Palliatiivisista sairaanhoitajista toinen mainitsi epäsujuvuudeksi jo aiemminkin mainitun lääkärin etsimisen ja tavoittelun konsultaatiotarkoituksella sekä sen, että muiden yksiköiden aikataulut heijastuvat suoraan palliatiivisen yksikön toimintaan. Puutteeksi sairaanhoitaja mainitsi vuodeosastopaikkojen puuttumisen palliatiivisten sairaanhoitajien oirepotilailta. Toinen palliatiivisista hoitajista mainitsi myös muiden yksikköiden aikataulun tuovan hankaluuksia palliatiivisen sairaanhoitajan vastaanotolle. Muiden yksikköiden aikataulut aiheuttavat päällekkäisiä vastaanottotarpeita ja välillä vastaanotolle onkin tulossa useampi potilas samaan aikaan. Lisäksi sairaanhoitaja kertoi, että yksi

hoitopuhelu voi poikia tunnin johdannaiset tehtävät, vaikka hoitopuhelulle on aikataulupohjassa varattu 10 tai 15 minuutti (sairaanhoitaja ei muistanut tarkkaa aikamäärettä). Sairaanhoitaja kuvasi tehottomuudeksi myös sitä, että ennakkovalmistelut päästään tekemään liian myöhään ja peruuntuneita aikoja joudutaan täyttämään hyvin lyhyellä varoitusaajalla, esimerkiksi jos alkuperäisen vastaanottoajan potilas ei olekaan enää elossa. Peruutuksista tuleva tiedottaminen tulee sairaanhoitajan mukaan turhan myöhään.

Tablettihoitaja kuvaili sivutoimitehtävien (tutkimushoitajan tehtävät) aiheuttavan venymistä sekä hoitopuheluista aiheutuvan takkuilua ja venymistä. Hoitopuheluun on tablettihoitajan mukaan varattu vain 15 minuuttia, mutta usein niiden hoitaminen kestää kauemmin. Tablettihoitaja nosti esiin myös, että koska lääkärin konsultaatioille ei ole varattuna erityistä aikaa, aiheutuu niistä lääkäreiden keskeytyksiä tai vaihtoehtoisesti konsultoitavat asiat täytyy jättää iltapäivään lääkäreiden omien vastaanottojen jälkeiseen aikaan.

4.2.8 Resurssitarpeet ja kysyntä

Haastatteluvastauksissa esitettiin useiden asioiden sujuvuuden puutteen juontavan juurensa jostakin resurssipulasta. Sihteerityövoiman hyödyntämisen yhteydessä puhuttiin sihteerityövoiman puutteesta ja lääkäreiden konsultointien yhteydessä lääkäreiden kiireellisyydestä tai ”ylityöllistyneisyydestä”. Resurssien rajallisuuteen vedottiin myös hoitajavastaanottoja pitävien sairaanhoitajien jaettujen roolien suhteen, esimerkiksi niissä tapauksissa, kun sairaanhoitaja toimii hoitajavastaanottotoiminnan lisäksi lääkärihoitaja työparin toisena osapuolena.

Osastonhoitaja esitti kivessyöpähoitajan vastaanottotoiminnalle tarpeen siirtyä kahdesta päivästä viikossa kolmeen päivään viikossa, jotta kaikki potilaat pääsisivät kontrollikäynneilleen sen aikaikkunan rajoissa. Tällä hetkellä kivessyöpähoitajan työkuorma aiheuttaa ylitöitä ja kolmannen päivän ”vapauttamisella” hoitajavastaanottotoimintaan voitaisiin vastata kysyntään paremmin. Samoin rintasyöpähoitajien kohdalla osastonhoitaja esitti tarvetta olevan kolmannelle vastaanottoa pitävälle sairaanhoitajalle, sillä tällä hetkellä rintasyöpähoitajat eivät pysty hoitamaan kaikkia 1-vuotis kontroleja sen sallimien aikataulurajojen (1-3 kuukauden joustovara) puitteissa. Näin ollen osa 1-vuotis kontroleista siirtyy lääkäreiden hoidettaviksi, joka voidaan nähdä merkittävän epäedulliseksi tilanteeksi toiminnanohjauksen näkökulmasta. Rintasyövän hoidossa siis osa niistä tehtävistä, jotka ovat siirretty lääkäriltä hoitajavastaanottoa pitävälle sairaanhoitajille palaavat takaisin lääkäreiden hoidettavaksi.

Osastonhoitaja kertoi myös palliatiivisella sairaanhoitajilla tulevan ylitöitä siitä johtuen, että heidän potilaat eivät ole vielä aamupäivisin tyypillisesti hereillä. Potilasaineksen huonokuntoisuuden vuoksi poliklinikkahoitojen järjestäminen aikaisin aamulla ei ole toteuttamiskelpoista, josta johtuen työkuorma painottuu iltapäivälle.

Tablettihoitajan haastattelussa nousi esiin, että aiemmin, kun hänen vastaanottoajoista oli pulaa, mietittiin ryhmävastaanottoja yhtenä ratkaisuvaihtoehtona. Tässä yhteydessä siirryttiin tablettihoitajan aikataulupohjassa kolmesta vastaanottokäynnistä päivässä neljään vastaanottokäyntiin päivässä. Nyt vastaanottoajoista ei enää ole pulaa mutta tablettihoitaja oli sitä mieltä, että ryhmävastaanotot voisivat edelleen olla potentiaalinen mahdollisuus vastaanottotoiminnan kehittämisessä.

4.3 Työajan mittausten tulokset

Työajan mittauksien suorittamisen jälkeen niistä saatu alkuperäisen aktiviteettikohtaisen jaottelun mukainen raakadata vaati käsittelyä ja puhdistamista, jonka seurauksena kaikki kirjatut aktiviteetit saatiin kategorisoidua raakadataa tarkoituksenmukaisemmin. Henkilökohtaisesta ajankäytöstä vähennettiin jokaisen seuratun työpäivän osalta 30 minuuttia, sillä lounaan osuutta ei ole syytä sisällyttää työpäivän ajankäyttöön tarkastelemiseen. Näin ollen jäljelle jäänyt ajankäytön jaottelu kuvastaa paremmin varsinaisen työajan kohdentumista.

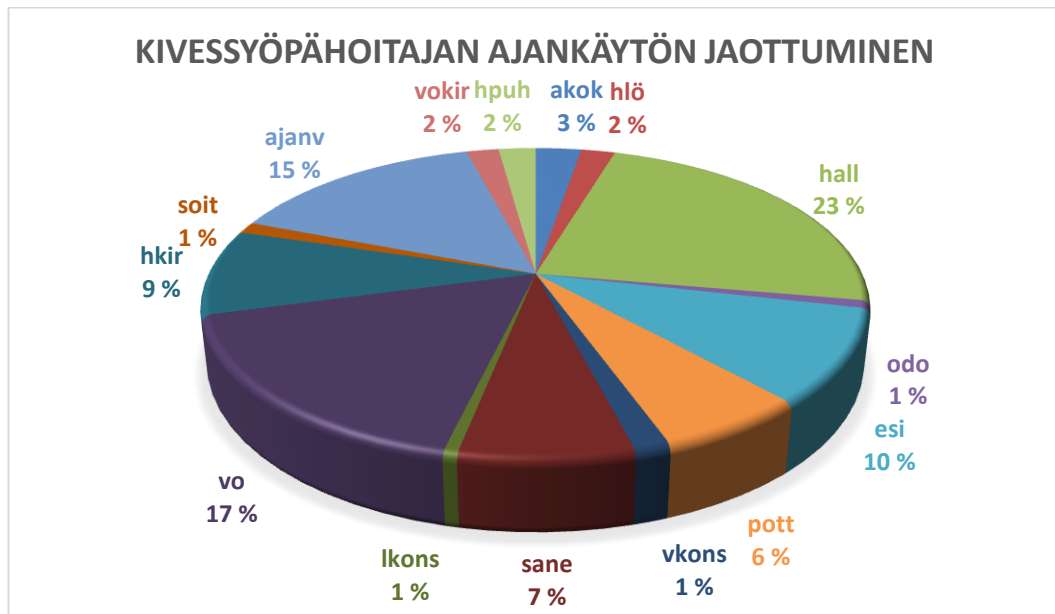
Datan puhdistamisen jälkeen kivessyöpähoitajan ja rintasyöpähoitajan työpäivien aktiviteetit pystyttiin esittämään vertailukelpoisesti ja graafisesti. Taulukossa 3 on esitettyinä aktiviteettien 15 eri luokkaa datan puhdistamisen seurauksena.

Taulukko 3. Työajan mittauksien tulosten aktiviteettiluokittelu

hall	Hallinnollinen asia tai kokous
odo	Lääkärin odotus, potilaanodotus tai etsintä
esi	Esivalmistelut, määrittelemättömät tehtävät
pott	Potilastietoihin tutustuminen
vkons	Vertaiskonsultointi (potilasasia)
sane	Sanelu
lkons	Lääkärin konsultointi
vo	Vastaanottokäynti
hkir	Hoitokirje
soit	Soitto
ajanv	Ajanvaraus
vokir	Käyntitietojen kirjaaminen
hpuh	Hoitopuhelu
info	Rintasyöpäinfo (potilaille)
määr	Määräykset ajanvarausta varten

Kuvassa 7 ja kuvassa 8 ovat esitettyinä kivessyöpähoitajan ja rintasyöpähoitajien työaikojen seurantojen tulokset graafisesti taulukon 3 mukaiseen aktiviteettiluokitteluun perustuen. Kivessyöpähoitajan ajankäytön jaottumisen perusteena on kaksi seurattua työpäivää ja rintasyöpähoitajien (n=2) ajankäytön jaottumisen perusteena neljä seurattua

työpäivää. Jokaisesta yksittäisestä seuratusta työpäivästä on vähennetty 30 minuutin lounaan osuus.



Kuva 7. Kivessyöpähoitajan ajankäytön graafinen esitys



Kuva 8. Rintasyöpähoitajien ajankäytön graafinen esitys

Kivessyöpähoitajan ja rintasyöpähoitajien ajankäytön suurimpia eroja työajan seurantoihin perustuen voidaan havaita hallinnollisissa tehtävissä ja kokouksissa, potilastietoihin tutustumisessa, soitoissa, hoitokirjeissä ja ajanvarauksissa. Hallinnollisiin tehtäviin

kului kivessyöpähoitajan työajasta 23%, kun vastaava osuus rintasyöpähoitajien työajasta oli vain 12%. Hallinnollisiin tehtäviin ja kokouksiin kohdistuvan ajankäytön tarkastelussa on hyvä pitää mielessä, että kivessyöpähoitajan työnkuvaan kuuluu myös apulaisosastonhoitajan tehtäviä.

Potilastietoihin tutustumiseen kului vain 6% kivessyöpähoitajan työajasta, kun rintasyöpähoitajien vastaava osuus oli 16%. Kivessyöpähoitajan soittojen osuus ajankäytöstä oli vain 1%. Rintasyöpähoitajien työpäivissä soitot edustivat merkittävämpää osuutta työpäivien ajankäytöstä niiden osuuden ollessa 12% kokonaisajankäytöstä. Sekä soittoihin kohdistunutta ajankäyttöä, että osittain myös potilastietoihin tutustumiseen kohdistunutta ajankäyttöä selittää potilaiden tekemien puhelinyhteydenottojen määrä seurattujen työpäivien osalta. Rintasyöpähoitajien seuratuissa työpäivissä puhelimella tapahtuneiden potilasyhteydenottojen määrä oli merkittävästi suurempi kuin kivessyöpähoitajan seuratuissa työpäivissä.

Kivessyöpähoitajan työpäivien ajankäytöstä 9% kului hoitokirjeiden suorittamiseen, kun rintasyöpähoitajien vastaava osuus ajankäytöstä oli 1%. Kivessyöpähoitajilla ajanvarauksien hoitamiseen kohdentunut ajankäyttö oli 15% kokonaisajankäytöstä. Rintasyöpähoitajilla ajanvarauksiin kului vain 1% työpäivien ajankäytöstä. Hoitokirjeisiin ja ajanvarauksiin kohdistuvaa ajankäyttöä käsitellään tarkemmin alaluvussa 4.3.3.

Myös vastaanottokäynteihin liittynyt ajankäyttö poikkesi kivessyöpähoitajan ja rintasyöpähoitajien välillä jonkin verran. Kivessyöpähoitajan työpäivien ajankäytöstä 17% kului vastaanottokäynteihin. Rintasyöpähoitajien työpäivien ajankäytöstä vastaanottokäynteihin kului 21%.

Kivessyöpähoitajan ajankäytöstä 2% kului käyntitietojen kirjaamiseen ja 2% hoitopuheluihin. Edellä mainittua kahta aktiviteettiä ei kuulunut rintasyöpähoitajien seurattuihin työpäiviin. Rintasyöpähoitajien ajankäytöstä 5% kului potilaille järjestettävään rintasyöpäinfotilaisuuteen ja 2% määräysten kirjaamiseen tietojärjestelmään. Edellä mainittua kahta aktiviteettiä ei kuulunut kivessyöpähoitajan seurattuihin työpäiviin.

4.3.1 Työpäivien kestot ja sairaanhoitajien kommentit päivistä

Kivessyöpähoitajan seuratut työpäivät kestivät keskimäärin 8 tuntia 28 minuuttia, josta on siis vähennetty 30 minuutin mittainen lounastunti. Kivessyöpähoitaja kuvaili molempia päiviä hyviksi työpäiviksi. Ensimmäisen seuratun päivän osalta kivessyöpähoitaja kommentoi päivän olleen harvinainen siinä suhteessa, että puheluista, muista hoitajista ja lääkäreistä aiheutuneita keskeytyksiä oli normaalia vähemmän. Keskeytyksien vähäinen määrä auttoi myös pysymään hyvin aikataulussa.

Ensimmäisen seuratun päivän vastaanottokäyntien (5 kappaletta) ja hoitokirjeiden (3 kappaletta) yhteenlaskettu määrä oli sairaanhoitajan mukaan sopiva. Yleisesti hänen

mukaan 8-10 on kokonaismääränä sopiva. Toisena seurattuna päivänä vastaanottokäyn-
tejä oli kaksi (kolme varattua, joista yksi potilas jätti tulematta) ja hoitokirjeitä kaksi.
Näiden lisäksi päivään kuului kaksi hoitopuhelua ja kaksi soittoa. Myös toisen päivän
osalta kivessyöpähoitaja kommentoi keskeytyksiä olleen normaalitasoa vähemmän.

Rintasyöpähoitajien seurattut työpäivät kestivät keskimäärin 7 tuntia 11 minuuttia. Kes-
kiarvoon vaikutti laskevasti se, että yksi seuratuista päivistä oli niin sanottu työajanly-
hennyspäivä, jollainen molemmilla rintasyöpähoitajilla on jokaisena perjantaina. Tällöin
työaika loppuu yhtä tuntia aikaisemmin kuin muina päivinä. Toisaalta seuratuissa päi-
vissä oli edustettu maanantai, tiistai, torstai ja perjantai (yksi kutakin), joten kokonai-
suutena ajallinen otos kuvastaa rintasyöpähoitajan keskimääräistä päivää melko hyvin.

Yhtenä neljästä seurattua päivästä seurattavan rintasyöpähoitajan työtaakka oli norma-
alia runsaampi, sillä toinen rintasyöpähoitaja oli silloin sairaslomalla ja suurin osa hänen
työtehtävistään siirrettiin seurattavan rintasyöpähoitajan hoidettavaksi. Edellä mainittu
on hyvä pitää mielessä tulkittaessa ajankäytön jaottumista aktiviteettien välille, sillä se
vääristää keskimääräistä päivää jonkin verran. Laajemmassa perspektiivissä päivä oli
tutkimuksen kannalta kuitenkin kiinnostava ja havainnollinen, vaikka sillä onkin keski-
määräistä päivää vääristävä vaikutus.

Toinen seurattavista rintasyöpähoitajasta kuvaili ensimmäisen seurantapäivän vastaanot-
topotilaita selkeiksi ja puhepostin osalta päivää hiljaiseksi. Päivään kuului myös rin-
tasyöpäpotilaille pidetty infotilaisuus, joka ei ole jokaviikkoinen. Toista seurattua päi-
vää rintasyöpähoitaja kuvasi tyypilliseksi. Kyseisen päivän vastaanottopotilaita kuvail-
tiin potilasaineistoa edustaviksi ja puhelinpostin soittojen määrää normaalia vähäisem-
mäksi.

Toinen rintasyöpähoitaja kuvaili ensimmäistä seurattua päivää rauhalliseksi ja helpoksi,
sillä potilaat eivät hänen mukaansa olleet haasteellisia. Rintasyöpähoitaja kuvaili, että
päivään sisältyneitä puheluita sekä keskeytyksiä oli suhteellisen vähän. Toista seurattua
päivää rintasyöpähoitaja kuvaili levottomaksi ja kuormittavaksi. Kyseessä oli se päivä,
jolloin toinen rintasyöpähoitaja oli sairaslomalla. Rintasyöpähoitaja kommentoi, ettei
haluaisi kaikkien päivien olevan tämän kaltaisia ja ettei jaksaisi, jos kaikki päivät olisi-
vat kyseisen kaltaisia. Rintasyöpähoitaja kommentoi myös, että potilaskontaktien suuri
yhteenlaskettu määrä tuntui kuormittavalta jälkimmäisen seurattun päivän osalta. Kui-
tenkin suorien potilaskontaktien (vastaanotot ja soitot) yhteenlaskettu määrä oli sama
kumpanakin seurattuna päivänä; 19 kappaletta. Rintasyöpähoitaja kommentoi jälkim-
mäisen seurattun työpäivän olleen myös kiva päivä.

Kommentoinnit rintasyöpähoitajien päivistä antavat perustetta oletukselle, että neljän
päivän seuranta on kokonaisuudessaan kuvaava otos, kun neljästä päivästä kahta kuvat-
tiin rauhalliseksi tai hiljaiseksi, yhtä tyypilliseksi ja yhtä levottomaksi.

4.3.2 Varatut vastaanottokäynnit ja toteutuneet vastaanotto-käynnit

Ajankäytön jaottuminen eri aktiviteettien välillä ja sen graafinen esittäminen ei tuo esiin varattujen ja pidettyjen vastaanottokäyntien määriä ja suhdetta seurattuina päivinä. Niitä pystyttiin kuitenkin seuraamaan työajanseurantojen yhteydessä ja ne nähtiin perusteelliseksi ottaa esiin arvonn tuottamisen ja hukkatoimintojen arviointiin vaikuttavina tekijöinä. Pidetty vastaanottokäynti edustaa kiistattomasti sairaanhoitajan arvontuotantoa ja tämä pätee molemmille tarkasteluperspektiiveille, potilaslähtöiselle arvontuotannolle ja toiminnalliselle arvontuotannolle. Aikataulupohjaan varattu vastaanottokäynti, joka jää toteutumatta edustaa taas kiistattomasti hukkaa.

Seuratulla ajanjaksolla, joka käsitti kuusi yksittäistä työpäivää, varattuja vastaanotto-käyntejä oli 24 kappaletta. Toteutuneita, eli pidettyjä vastaanottoja oli 20 kappaletta. Joka kuudes aikataulupohjaan varattu vastaanotto jäi siis pitämättä. Neljästä pitämättömästä vastaanotosta yksi johtui talon sisäisen kommunikaation häiriöstä. Lääkäri oli aiemmin sanonut potilaalle, ettei vastaanottokäynti ole tarpeellinen, muttei ollut muistanut tiedottaa sairaanhoitajaa asiasta. Loput kolme vastaanottoa jäi pitämättä, koska potilas ei saapunut vastaanotolle.

Ne kolme vastaanottoa, jotka jäivät pitämättä, koska potilas ei saapunut vastaanotolle, olivat kaikki ennakoitavissa. Kaikkien kolmen potilaan kohdalla sairaanhoitaja oletti jo etukäteen, ettei potilas saavu vastaanotolle, sillä potilas ei ollut käynyt seurannan mukaisissa tutkimuksissa aiemmin. Asiaa selventää kivessyöpähoitajan haastattelussa esiin tullut esimerkki siitä, että viiden vuoden seurannassa oleva potilas käy yhteensä seitsemän kertaa vastaanotolla ja yhteensä 18 kertaa tutkimuksissa. Potilas ei siis käy kaikkien tutkimuksien yhteydessä vastaanotolla. Jos potilas ei ole käynyt vastaanottoaikaa edeltävissä tutkimuksissa, on syytä olettaa, ettei hän tule vastaanotollekaan.

Aikataulupohjaan varattujen pitämättömien vastaanottojen ennakoitavuus tekee asiasta erityisen mielenkiintoisen toiminnanohjauksen ja organisaation johtamisen näkökulmasta. Mikäli potilaan saapumatta jättäminen on ennakoitavissa, pitäisi olla mahdollista vapauttaa potilaalle allokoitu vastaanottoaika sellaiselle potilaalle, jonka voidaan olettaa saapuvan vastaanotolle.

4.3.3 Ajanvarauksiin ja hoitokirjeisiin kohdistunut ajankäyttö

Kivessyöpähoitajan työssä ja rintasyöpähoitajan työssä yhtä merkittävää eroavaisuutta edustaa sihteerityövoiman hyödyntämisen mahdollisuus. Sihteerityövoiman hyödyntämisen havaittiin vaikuttavan etenkin ajanvarauksien ja hoitokirjeiden suorittamiseen kohdistuvaan ajankäyttöön. Rintasyöpähoitajilla hoitokirjeiden valmistelusta ja ajanvarauksien pääasiallisesta toteuttamisesta vastaa sihteerit, kun kivessyöpähoitajan on itse vastuussa näistä toiminnoista. Työajanseurannan havaintojen mukaan rintasyöpähoitajat

varaavat itse yksittäisiä ajanvarauksia, mutta pääosa ajanvarauksista on sihteerin vastuulla.

Ajanvarauksiin kului kivessyöpähoitajan kokonaisajankäytöstä aiemmin mainittu 15% ja minuuttimääräisesti ajanvarauksiin kului keskimäärin 76,5 minuuttia päivässä. Rintasyöpähoitajien kokonaisajankäytöstä ajanvarauksiin kului 1% ja tietojärjestelmään syötettäviin ajanvarausta koskeviin määräyksiin 2%. Minuuttimääräisesti rintahoitajien ajanvarauksiin kului keskimäärin 5,25 minuuttia päivässä ja määräyksien syöttämiseen keskimäärin 7,5 minuuttia päivässä.

Hoitokirjeiden suhteellinen osuus kivessyöpähoitajan ajankäytöstä oli 9% ja rintasyöpähoitajien ajankäytöstä 1%. Sihteerityövoiman merkitystä havainnollistaa yhden hoitokirjeen suorittamiseen kulunut aika. Kivessyöpähoitajalla yhden hoitokirjeen suorittamiseen kului keskimäärin 13 minuuttia. Rintasyöpähoitajilla yhden hoitokirjeen suorittamiseen kului keskimäärin 2,13 minuuttia. Kivessyöpähoitajan ja rintasyöpähoitajien ajanvarauksiin ja yksittäisiin hoitokirjeisiin kohdistunut keskimääräinen ajankäyttö on esitetty havainnollistukseksi vielä taulukossa 4.

Taulukko 4. Ajanvarauksiin ja yksittäisiin hoitokirjeisiin kulunut ajankäyttö

	Kivessyöpähoitaja	Rintasyöpähoitajat
Ajanvaraukset (= varsinaiset ajanvaraukset + määräykset)	76,5 min/pvä	12,75 min/pvä
Yhden hoitokirjeen suorittaminen	13 min/hkir	2,13 min/hkir

4.3.4 Keskeytyksien määrä

Työajan mittauksien yhteydessä oli myös mahdollisuus tarkkailla työpäivän aikana tapahtuvien keskeytysten määrää. Potilaiden soittoja sairaanhoitajan työpuhelimelle ei laskettu keskeytyksiksi, sillä keskeytyksiä haluttiin tarkastella vertailukelpoisella tavalla. Koska potilaiden yhteydenotot (vastaajaviestit) eivät aiheuta rintasyöpähoitajille keskeytyksiä samalla tavalla kuin kivessyöpähoitajalle, puhelinperäisten keskeytyksien huomioon ottaminen vähentäisi keskeytyksien määrän vertailukelpoisuutta rintasyöpähoitajien ja kivessyöpähoitajan välillä. Keskeytyksellä tarkoitetaan tässä tapauksessa sitä, että joku toinen työntekijä tulee keskeyttämään työn tekemisen ”oveen koputtamalla”.

Kivessyöpähoitajan kahden työajan seurantapäivän aikana sairaanhoitaja keskeytettiin yhteen 19 kertaa, eli lähes 10 kertaa päivässä. Rintasyöpähoitajien neljän työajan seurantapäivän aikana sairaanhoitaja keskeytettiin yhteensä 11 kertaa, eli hieman alle kolme kertaa päivässä.

Keskeytyksien määrä haluttiin nostaa esiin, sillä se edustaa yhdenlaista hukkaa, jota hoitajavastaanottoa pitävien sairaanhoitajien työpäivässä voidaan tunnistaa. Yhtenä selittävänä tekijänä keskeytyksien määrän poikkeavuuteen kivessyöpähoitajan ja rintasyöpähoitajien välillä voidaan pitää kivessyöpähoitajan roolia apulaisosastonhoitajana. Kuten haastattelututkimuksessa tuli ilmi, kivessyöpähoitajan vastaanotolla muu henkilökunta keskeyttää sairaanhoitajaa usein, joka hankaloittaa omien töiden sujuvaa läpisaattamista.

4.3.5 Muita huomionarvoisia havaintoja

Kivessyöpähoitajan työajan seurannassa tuli ilmi, ettei kivessyöpähoitaja merkitse kaikkia potilaiden soittoja työpäivän käyntitietoihin. Näin ollen tietojärjestelmästä saatavan käyntitietodata tarkasteleminen ei välttämättä kerro vertailukelpoisesti työpäivien sisään lukeutuvista puhelinkontakteista potilaiden kanssa. Rintasyöpähoitajien vastaanotolla puhelinasioiden hoitaminen on standardisoidumpaa jo puhelinpostikäytännön takia ja sen lisäksi kaikki puhelimen välityksellä tapahtuvat potilaskontaktointit kirjataan rintasyöpähoitajien käyntitietoihin.

Rintasyöpähoitajien työajan seurannoissa voitiin havaita, ettei lääkärien konsultointi noudattanut haastatteluvastauksien mukaisia määreitä lääkärien konsultointiin kohdistuvasta ajankäytöstä. Molemmat rintasyöpähoitajat kertoivat haastattelussaan lääkärien konsultointiin olevan varattuna 08:00-09:00 välinen aika, eli yksi tunti. Työajan seurannoissa neljän päivän aikana rintasyöpähoitajat konsultoivat lääkäriä yhteensä 14 minuuttia, eli keskimäärin 3,5 minuuttia päivässä.

5. TULOSTEN TARKASTELU

Tässä luvussa käsitellään tietojärjestelmädatan, haastattelututkimusten ja työajanseurantatutkimuksen tuloksia sekä rinnastetaan niitä toisiinsa ja aihepiiriä koskevaan kirjallisuuteen. Tulosten käsittelyä seuraa tutkimuksen myötä aikaansaatujen kehitysehdotusten esittely.

5.1 Haastatteluyhteenveto

Haastatteluvastausten aiemman käsittelyn keskittyessä yksityiskohtaiselle tasolle nähtiin tarpeellisena esittää haastattelujen tulosten ydin taulukoituna. Haastattelujen tulosten käsittely taulukon muodossa tukee eri hoitajavastaanottojen vertailua sekä tuo esiin havainnollisesti eri hoitajavastaanottojen poikkeavuuksia työpäivien tunnuspiirteissä. Poikkeavuuksien konkretisoiminen tukee pohdintoja, kun halutaan esimerkiksi selittää eri hoitajavastaanottojen keskimääräisten työpäivien sisältämien aktiviteettien lukumäärien eroja ja niitä selittäviä syy-seuraus-suhteita. Haastatteluvastausten yhteenveto on esitetty taulukoissa 5, 6 ja 7.

Taulukko 5. haastatteluyhteenveto 1/3

	Palliativinen sh1	Palliativinen sh2	Tablettihoitaja
Aamupäivien rytmitys	7:30 töihin, aikataulupohja alkaa 8:00 lääkärintarkastustunnilla, aamupäivällä niitä tehtäviä, jotka ei aikataulusidonnaisia, potilaskontaktit vasta klo 10 jälkeen	07:30 jälkeen töihin, aikataulupohja alkaa 9:00, välissä aamukahvit, briiffaus, vertaiskonsultointi ja valmistelut	07:00-08:00 välillä töihin, 08:00-09:00 mahdollinen kokous tai koulutus, aamuisin edellisen päivän rästit ja tulevan päivän valmistautuminen, aikataulupohja alkaa kello 09:00
Lääkäreiden konsultaatiot	Päivittäinen tarve, aiheuttaa takkuilua työpäivään	Päivittäinen tarve, aiheuttaa takkuilua työpäivään	Ei jokapäiväistä tarvetta, mutta useampi kerta viikossa
Millä tavoin puhelin työllistää	Puhelut pitkin päivää	Puhelut pitkin päivää	Soitot ajoittuvat puhelinpäivystystunnille
Ajanvaraukset	Pääasiassa itse vastuussa, myös muut hoitajat ja lääkärit varaavat aikoja	Pääasiassa itse vastuussa, myös muut hoitajat ja lääkärit varaavat aikoja	Muut hoitajat ja lääkärit varaavat aikoja, joitain aikoja varaa myös itse
Aikataulupohjan rooli	Työ päivystyksellistä, aikataulupohja viitteellinen	Työ päivystyksellistä, aikataulupohja viitteellinen	Työpäivä aikataulupohjan mukainen, päivät voivat "elää"
Mahdollisia tehtäväsiirtoja sihteereille	Ajanvaraukset ja postitussasiat	Soittopyyntöjen vastaanotto, ajanvaraukset, käyntitietojen kirjaaminen ja loppuhoidon varmistaminen	Käyntitietojen kirjaaminen
Tehottomuudet ja epäsujuvuudet	Lääkärien etsiminen ja tavoittelut, muiden yksiköiden aikataulujen heijastuminen palliativiselle	Muiden yksiköiden aikataulujen heijastuminen palliativiselle, puhelimella hoidettavien asioiden venyminen	Hoitopuhelujen venyminen ja tutkimushoitajan tehtävien lomittaminen työpäiviin
Resurssitarpeet ja kysyntä	Työkuorma painottuu iltapäivälle	Työkuorma painottuu iltapäivälle	Ryhmävastaanotot voisivat olla toimiva lisä

Taulukko 6. haastatteluyhteenveto 2/3

	Psykiatrinen sh	Geriatrisonkologinen sh	Rintasyöpähoitaja 1
Aamupäivien rytmitys	07:30-08:00 välillä töihin, aikataulupohja alkaa 09:00, välissä tulevan päivän potilastietoihin tutustuminen	07:30-08:00 välillä töihin, aikataulupohja alkaa 10:00, välissä kahvit ja tulevan päivän valmistelut, varsinaisten töiden aloitus noin klo 9	07:30 töihin, 08:00-09:00 lääkärin konsultaatio, aamuisin päivän valmistelut, aikataulupohja alkaa 9:00
Lääkäreiden konsultaatiot	Konsultaatiotarve hyvin harvoin	Ei jokapäiväistä tarvetta, mutta toisinaan useampi saman päivän aikana	Päivittäinen tarve
Millä tavoin puhelin työllistää	Vain potilaiden kanssa erikseen sovitut puhelut	Puhelut pitkin päivää	Takaisinsoittopalvelu, potilaat jättävät soittopyynnön
Ajanvaraukset	Sihteeri varaa ensikäynnit, itse varaa jatkokäynnit	Pääasiassa itse vastuussa, myös muut hoitajat ja lääkärit varaavat aikoja	Rutiinivaraukset tekee sihteeri tai lähihoitaja, yksittäisiä aikoja varaa itse
Aikataulupohjan rooli	Työpäivä aikataulupohjan mukainen	Työ päivystyksellistä, aikataulupohja viitteellinen	Työpäivä aikataulupohjan mukainen
Mahdollisia tehtäväsiirtoja sihteereille	Ei nähnyt mahdollisuuksia tehtäväsiirtoille	Kaavamaiset ajanvaraukset	Ei nähnyt mahdollisuuksia tehtäväsiirtoille
Tehottomuudet ja epäsujuvuudet	Ei kokenut tehottomuutta nykyisien työpäivien sisällä	Ei nostanut esiin tehottomuuksia tai epäsujuvuuksia	Joskus röntgenin viive heijastuu vastaanotolle
Resurssitarpeet ja kysyntä	Vastaanottokäyneille paljon kysyntää, ajat menevät kuukauden päähän	Työkuorma painottuu ilta-päivälle	Tarve kolmannelle rintasyöpähoitajalle

Taulukko 7. haastatteluyhteenveto 3/3

	Rintasyöpähoitaja 2	Kivessyöpähoitaja	Osastonhoitaja
Aamupäivien rytmitys	07:30 töihin, aikataulupohja alkaa 08:00 tunnin lääkärin konsultaatioajalla, sitä ennen konsultoitavien asioiden kertaus	kello 7 jälkeen töihin (ennen 07:30), aikataulupohja alkaa 09:30, välissä aamuraportti ja kokouksia, tulevan päivän potilastiedot ja valmistelut	Pääosin HVO sairaanhoitajat klo 7:30 töihin ja 9:00 aikataulupohjan alku, yhteiset aamukokoukset, edellisen päivän rästit ja tulevan päivän valmistelut
Lääkäreiden konsultaatiot	Päivittäinen tarve	Ei jokapäiväistä tarvetta ja mahdollisuus konsultointiin niinä päivinä, kun toimii lääkäri-hoitaja työparin osapuolena	
Millä tavoin puhelin työllistää	Takaisinsoittopalvelu, potilaat jättävät soittopyyntöjä	Puhelut pitkin päivää	Soittoihin vastaaminen HVO sairaanhoitajan tärkein tehtävä vastaanottokäyntien lisäksi
Ajanvaraukset	Rutiinivaraukset tekee sihteeri tai lähihoitaja, yksittäisiä aikoja varaa itse	Hoitaa itse omat ajanvaraukset ja ajanvarauksia lääkärille	
Aikataulupohjan rooli	Työpäivä aikataulupohjan mukainen	Työpäivä aikataulupohjan mukainen	
Mahdollisia tehtäväsiirtoja sihteereille	Ajanvarauksiin liittyvät puhelut, reseptien uusimiseen liittyvät asiat	Ajanvaraukset ja niihin liittyvät postitusasiat	Osasta hoitajavastaanotoista voisi kaikki ajanvaraukset siirtää sihteereille
Tehottomuudet ja epäsujuvuudet	Lääkärin tavoittelu ja odottaminen konsultaatioasioissa, yhteydenottoyritykset silloin, kun potilasta ei saada kiinni ensimmäisellä soitolla	Paljon keskeytyksiä apulaisosastonhoitajan roolin takia	
Resurssitarpeet ja kysyntä	Tarve kolmannelle rintasyöpähoitajalle	Tarve kolmannelle hoitajavastaanottopäivälle viikossa	Tarve 1 uudelle rintasyöpähoitajalle, tarve vapauttaa kolmas päivä kivessyöpähoitajan vastaanotolle, palliativisen työkuorma ilta-päivällä

Kuten jo kirjallisuuskatsauksessa havaittiin, arvontuoton ja tehokkuuden tarkasteleminen vaatii esitiedoksi paljon määrittelyä. Eri hoitajavastaanottojen työajan kohdentumisesta arvioidessa vertailukelpoisuutta hankaloittaa määrittelyn ja yhteneväsyyden puute. Merkittävät erot muun muassa aikataulupohjan roolissa, ajanvarauksien toteutuksessa ja soittojen työllistävyydessä vaikuttavat kaikki omalla tavallaan työn kohdentumisen tai tehokkuuden tarkastelemisen tuloksiin. Haastatteluyhteenveto herättää kysymyksiä määrittelystä ja standardoinnista, joiden avulla eri hoitajavastaanotot voitaisiin saattaa vertailukelpoiksi. Toisaalta myös ne hoitajavastaanotot, jotka eivät mahdollisesti täyttäisi hoitajavastaanotto toiminnan kriteerejä, voitaisiin jättää tarkastelun ulkopuolelle.

5.2 Käyntitietodata ja haastattelujen tulokset vastaanottokäyntien lukumääristä

Hoitajavastaanottoa pitävien sairaanhoitajien haastatteluissa selvitettiin myös sairaanhoitajilta heidän päivittäisten vastaanottokäyntien ja muiden laskutettavien toimintojen lukumääriä tyypillisenä työpäivänä. Seuraavaksi haastatteluvastauksia käsitellään jokaisen haastatellun sairaanhoitajan osalta vastaanottokäyntien ja muiden suoritteiden määrien osalta. Haastatteluvastauksia rinnastetaan aiemmin tarkasteltuun tietojärjestelmädataan ja siitä johdettuihin päivittäisten aktiviteettien lukumääriin keskiarvoisina päivinä vuosina 2012, 2013 ja 2014.

Kivessyöpähoitajan mukaan vastaanottokäyntejä on päivittäin 3-4 kappaletta, pääsääntöisesti kaksi vastaanottoa aikaa aamupäivällä ja kaksi vastaanottoa aikaa iltapäivällä. Toisinaan vastaanottokäyntejä on viisi kappaletta päivässä. Tämän lisäksi kivessyöpähoitaja kertoi päivään kuuluvan 6-10 ennalta sovittu soittoa (hoitopuhelua) tai hoitokirjettä. Kivessyöpähoitajan mukaan tällä hetkellä neljä vastaanottoa ja kuusi soittoa päivässä on toimiva suhde. Neljän vastaanottoajan kanssa 10 soittoa on kuitenkin sairaanhoitajan mukaan jo liikaa. Tietojärjestelmädatan mukaan vastaanottokäyntien päivittäiset lukumäärät ovat kuitenkin olleet 2013 (2,59) ja 2014 (2,00), eli haastatteluarvioita selkeästi pienemmät. Hoitokirjeiden ja hoitopuheluiden yhteenlaskettu päivittäinen lukumäärä on tarkemmin linjassa haastatteluarvioiden kanssa, sillä niiden yhteenlaskettu lukumäärä vuonna 2013 on ollut 6,28 ja vuoden 2014 osalta 5,51.

Rintasyöpähoitajien normaaleihin työpäiviin kuuluu haastattelujen perusteella kolme vastaanottokäyntiä. Toinen rintasyöpähoitajista kertoi aiemmin välillä perjantaisin ottaneen vain kaksi potilasta vastaanotolle työajan lyhennyksen takia, mutta tästä käytännöstä on hänen mukaan nykyisin jo luovuttu. Tietojärjestelmädatan mukaan kuitenkin päivittäisien vastaanottokäyntien lukumäärät ovat toisella rintasyöpähoitajalla olleet 1,84 (2013) ja 1,86 (2014) ja toisella rintasyöpähoitajalla 2,03 (2013) ja 2,04 (2014), eli jonkin verran haastatteluarvioita pienemmät.

Psykiatrinen sairaanhoitaja kertoi haastattelussaan ottavansa neljä potilasta päivässä vastaanotolle ja viisi potilasta kriisitilanteessa. Tietojärjestelmän mukaan vastaanotto-

käyntien ja sarjahoitokäyntien yhteenlaskettu päivittäinen lukumäärä on kuitenkin ollut vuosina 2012 (0,85), 2013 (1,90) ja 2014 (2,08) haastatteluarvioita reilusti pienemmiksi. Toisaalta haastattelussa kävi myös ilmi, että psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotto on siirtynyt pois somaattiselta puolelta ja tämän johdosta sairaanhoitajan mukaan turhat kokoukset jäivät pois ja potilasmääriä saatiin nostettua. Samassa yhteydessä oli siirretty tehtäviä myös sihteereille. Psykiatrisen sairaanhoitajan keskiarvoisessa työpäivässä on tietojärjestelmädatan mukaan ollut myös lisäkäyntejä lukumäärällisesti 0,09 (vuonna 2012), 0,17 (vuonna 2013) ja 0,15 mutta näitä ei ole syytä ottaa huomioon vastaanottokäyntitarkasteluun, sillä kirjaukset ovat peräisin osastopotilaiden konsultoinneista.

Toinen palliatiivisista sairaanhoitajista kertoi vastaanoton aiemmin painottuneen puhelintoimintaan, mutta vuoden 2014 uudistuksen myötä tulleen uusia potilasryhmiä, joiden myötä vastaanottokäyntien määrät ovat lisääntyneet. Sairaanhoitajan arvion mukaan 3-4 vastaanottokäyntiä ja 5-10 hoitopuhelua ovat oikeat päivittäiset lukumäärät. Toinen palliatiivisista sairaanhoitajista arvioi vastaanottokäyntien päivittäisen määrän välille 0-5 ja lisäksi päivään sisältyvän 10 ennalta sovittua soittoa. Tietojärjestelmädatan mukaan molempien palliatiivisten sairaanhoitajien päivittäisten vastaanottokäyntien, sarjahoitokäyntien ja lisäkäyntien yhteenlaskettu lukumäärä on pysytellyt alle yhden kaikkina kolmena vuonna (2012, 2013 ja 2014). Suurin osa palliatiivisten sairaanhoitajien potilaskäynneistä on lisäkäyntejä, jotka ovat maksuttomia vastaanottokäyntejä. Vuosina 2012, 2013 ja 2014 toisen palliatiivisen sairaanhoitajan hoitopuheluiden ja soittojen yhteenlaskettu lukumäärä on vaihdellut välillä 2,66-4,16 ja toisen välillä 4,12-4,69. Haastateltavien arviot vastaanottokäynneistä ja päivittäisestä puhelintoiminnasta vaikuttavat merkittävästi tietojärjestelmädatan arvoja suuremmilta.

Toisen palliatiivisen sairaanhoitajan haastattelussa kävi ilmi, että hän toimii myös lääkäri-hoitaja työparin toisena osapuolena osan työpäivistään/työajastaan. Toimiessaan lääkäri-hoitaja työparin osana hoitajavastaanoton resurssista ei kerry mitään kirjauksia järjestelmään. Jotta voitaisiin arvioida työn osuuden vaikutusta tietojärjestelmädatan luotettavuuteen, tarvittaisiin lisää tietoa siitä, minkälaisen osuuden vuosittaisesta kokonaistyöajasta sairaanhoitaja työskentelee pitäen hoitajavastaanottoa ja minkälaisen osuuden lääkäri-hoitaja työparin toisena osapuolena.

Geriatrisonkologinen sairaanhoitaja arvioi haastattelussaan vastaanottoaikojen päivittäisen määrä olevan välillä 0-3, mutta toisaalta kuvaili näitä enemmän potilaan käynneiksi kuin varsinaisiksi vastaanottoajoiksi. Esimerkkinä hän kertoi, että potilas saattaa tulla käynnille ”oveen koputtamalla”. Geriatrisonkologinen sairaanhoitaja työskentelee toisen palliatiivisen sairaanhoitajan tavoin osan ajastaan lääkäri-hoitaja työparin toisena osapuolena. Sarjahoitokäyntien ja lisäkäyntien yhteenlasketut päivittäiset lukumäärät tietojärjestelmädatassa ovatkin melko pienet, vuonna 2013 päivittäinen yhteenlaskettu lukumäärä on ollut 0,50 ja vuonna 2014 se on ollut 0,41. Vastaanottokäyntien päivittäinen lukumäärä geriatrisonkologisella sairaanhoitajalla on tilastollisesti mitätön, vuonna 2013 sen ollessa 0,00 ja vuonna 2014 sen ollessa 0,01.

Tablettihoitaja kertoi haastattelussaan vastaanottokäyntien päivittäisen määrän olevan keskimäärin kolme. Aikaisemmin vastaanottoajoista oli ollut pulaa, jonka seurauksena aikataulupohjaa muutettiin niin, että se sisältää nykyisin neljä vastaanottoaikaa. Enää vastaanottoajoista ei ole pulaa ja neljä vastaanottoaikaa päivässä ei välttämättä täyty ajanvarauksilla kaikkien päivien osalta. Minimiksi tablettihoitaja kertoi kaksi vastaanottoaikaa päivässä, joka voi johtua vastaanottoaikojen peruutuksista. Vastaanottokäyntien keskiarvoiset päivittäiset lukumäärät ovat pysytelleet kuitenkin vuosina 2012 (2,31), 2013 (2,38) ja 2014 (2,32) alle kahdessa ja puolessa. Vastaanottokäyntien lisäksi keskiarvoisessa päivässä on ollut lisäkäyntejä 0,07 vuonna 2012, 0,14 vuonna 2013 ja 0,18 vuonna 2014. Sarjahoitokäyntien päivittäinen määrä ei ole tilastollisesti merkittävä, sillä se on liikkunut välillä 0,00-0,02 vuosina 2012, 2013 ja 2014.

Vuosittaisiin keskiarvoihin nähden hoitajavastaanottoa pitävät sairaanhoitajat arvioivat vastaanottokäyntiensä päivittäisen määrän poikkeuksetta yläkanttiin. Tämä ilmiö saattaa liittyä siihen, että hoitajavastaanottoa pitävät sairaanhoitajat saattavat arvioida toimintaansa eri tavalla kuin yrityksen johto. Yrityksen johtoa kiinnostaa keskiarvoinen päivä laskettuna vuosittaisista toteutuneista vastaanottokäynneistä jakamalla ne vuoden työpäivien lukumäärillä. Sairaanhoitajat voivat sen sijaan perustaa arvionsa vastaanottokäyntiensä päivittäisistä lukumääristä sellaisiin päiviin, kun sairaanhoitaja suorittaa normaalia työpäivää. Tällöin voi jäädä huomiotta mahdollisten koulutuspäivien tai kokouksien vaikutus vastaanottokäyntien keskiarvoihin päivittäisellä tasolla.

Edellä mainittu järkeily tukee kirjallisuudessa havaittua ilmiötä, jonka mukaan esimiehet ja hoitajatyön suorittajat eivät jaa yhteistä tuottavuuteen linkittyvää arvonmäärittelyä (McNeese-Smith 2001). Vaikka kyseessä on suppea esimerkki, havainnollistaa se ilmiötä, joka toimii perusteluna sille, että läpinäkyvyyden lisäys hierarkiarajojen yli tukee toiminnan ja suorituskyvyn arviointia.

5.3 Työpäivien aktiviteettien jaottelu toimintoluokkiin

Lean-ajattelun mukaisesti on tarpeen määritellä hukkatoinnot ja arvontuotanto sekä määrittelyn jälkeen pyrkiä pienentämään hukkaa ja keskittymään arvontuotantoon. Terveystuotannon arvontuotanto perustuu henkilöstön aika- ja ammattipanokseen ja nämä panokset tulee käyttää järkevästi, jotta potentiaalinen arvontuotanto realisoituu. Arvontuotannon maksimoimisessa voidaan nähdä näkökulma erityiskoulutettujen sairaanhoitajien työpanoksen kohdentamisessa varmistamalla, etteivät he kuluta työaikaansa sellaisten työtehtävien parissa, jota voisi suorittaa joku alemman koulutuksen saanut henkilöstön jäsen. Leanin mukainen arvoa tuottamattomien toimien karsinta tarkoittaa yleisesti niiden toimien vähentämistä, joihin ei liity potilaskontaktia. (Berry & Bendapudi 2007; Vidall et al. 2011; Brandao de Souza & Pidd 2011)

Eri tutkimusmenetelmien ja empiirisen aineiston analyysin kautta nähtiin havainnolliseksi tavaksi vastata tutkimuskysymyksiin kehittämällä hoitajavastaanottoa pitävien

sairaanhoitajien aktiviteeteille luokittelu neljään eri toimintoluokkaan. Aluksi luokitte-
luun valikoitui mukaan *arvontuotanto* ja *hukkatoiminnot*, joita jouduttiin kuitenkin täy-
dentämään kahdella toimintoluokalla. Loppulisiksi neljäksi toimintoluokaksi valikoitui-
vat *arvontuotanto*, *välttämättömät tehtävät*, *siirrettävät tehtävät*, *hukkatoiminnot*. Ku-
vassa 9 on esitettyä toimintoluokat ja niiden sisältämät aktiviteetit.



Kuva 9. Toimintoluokittelun mukainen aktiviteettien jaottelu

Arvontuotannon toimintoluokan aktiviteetit pohjautuvat sekä toiminnalliseen arvontuo-
tantaan (mitattavat kuntalaskutettavat suoritteet), että potilaslähtöiseen arvoon. Työajan
seurantojen mukaisista aktiviteeteista arvontuotannon toimintoluokkaan lasketaan kuu-
luvaksi *lääkärin konsultointi*, *vertaiskonsultointi (potilasasia)*, *vastaanottokäynti*, *hoito-
puhelu*, *hoitokirje*, *soitto* ja *rintasyöpäinfo*. Kaikki edellä mainitut aktiviteetit nähdään
hoitajavastaanotto toiminnan ytimenä, toisin sanoen arvontuotantona.

Välttämättömien tehtävien toimintoluokitus sisältää ne aktiviteetit, jotka liittyvät henki-
lökohtaisesti aktiviteetin suorittajaan sekä ne aktiviteetit, jotka toimivat arvontuotannon
tehtäville välttämättömänä pohjustuksena tai välttämättömänä seurauksena. Työajan
seurantojen mukaisista aktiviteeteista välttämättömien tehtävien toimintoluokkaan las-
ketaan kuuluvaksi *hallinnollinen asia tai kokous*, *esivalmistelut ja määrittelemättömät
tehtävät*, *potilastietoihin tutustuminen*, *sanelu* ja *määräykset ajanvarausta varten*. Vält-
tämättömät tehtävät ovat nimensä mukaan välttämättömiä, eli ne kuuluvat kiinteästi
hoitajavastaanottoa pitävien sairaanhoitajien työnkuvaan, mutta niillä ei ole samanlaista
kytköstä arvokäsitteeseen kuin varsinaisilla arvontuotantoon kuuluvilla aktiviteeteilla.

Siirrettäviin tehtäviin kuuluu kaikki ne aktiviteetit, jotka olisi mahdollista siirtää hierar-
kiassa alemmalle tasolle, eli tässä tapauksessa sihteereille, lähihoitajille tai jonohoitajil-

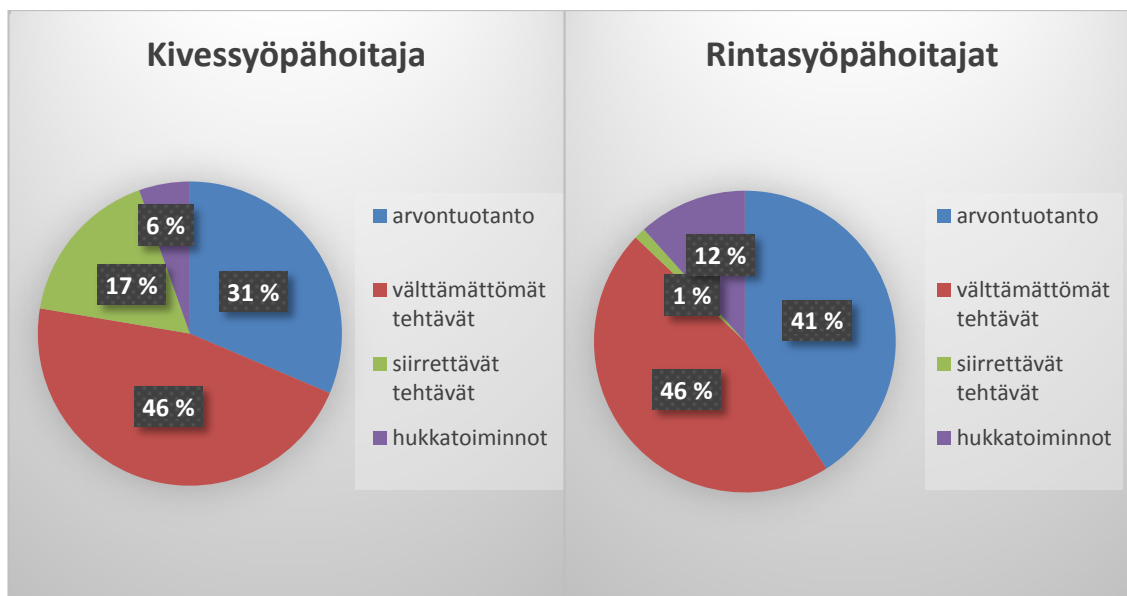
le. Työajan seurantojen mukaisista aktiviteeteista siirrettävien tehtävien toimintoluokkaan lasketaan kuuluvaksi *ajanvaraus* ja *käyntitietojen kirjaaminen*. Siirrettävien tehtävien toimintoluokkaan liittyy järjestelykysymykset. Teoreettisesti kaikki siirrettävien tehtävien aktiviteetit tulisi siirtää pois hoitajavastaanottoa pitävien sairaanhoitajien työpäivistä. Toisaalta käytännössä käytettävissä oleva sihteerityövoima määrittää aktiviteettien siirtämisen mahdollisuudet tai niiden esteet.

Hukkatoiminnot ovat nimensä mukaisesti hukkaa. Työajan seurantojen mukaisista aktiviteeteista hukkatoiminnoiksi lasketaan kuuluvaksi *aamukahvit*, *henkilökohtainen aika (tauot)* ja *lääkärin odotus ja potilaan odotus tai etsintä*. Hukkatoimintoihin liittyy koordinointi ja kuormituskysymykset. Mikäli toiminta on selkeää ja mikäli kuormitus päivän aktiviteettien suhteen on oikea, hukkatoimintoja esiintyy vähemmän. Esimerkiksi potilaiden ilmoittautumisen yhteydessä heitä tulisi ohjeistaa riittävän tarkasti, jotta välttyttiin potilaiden odottamiselta ja etsimiseltä.

Toimintoluokittelun tarpeellisuus ja perustelut pohjautuvat kirjallisuuskatsauksen yhteenvedoon, jossa määriteltiin empirian ohjuriksi tarve kohdentaa hoitajavastaanottojen työaika tehokkaasti. Tehokkuustarkasteluun vaikuttavat suoraan lean-ajattelun mukainen hukkatoimintojen ja arvontuotannon tunnistaminen. Hoitajatyön mittaaminen omalta osaltaan linkittyy toimintoluokkatarkasteluun, kun toimintoluokittelua varten tarvittiin ymmärrystä hoitajavastaanottojen työstä, jotta jokainen havainto pystyttiin kategorisoimaan johonkin neljästä toimintoluokasta.

5.4 Toimintoluokittelun mukaiset työajan seurantojen tulokset

Toimintoluokittelun avulla voidaan tarkastella työajan seurantojen tuloksia nyt uudella tavalla. Kun seurattujen työpäivien kaikki aktiviteetit ryhmitellään toimenpideluokittelun mukaan, saadaan havainnollistettua kivessyöpähoitajan ja rintasyöpähoitajien työajan kohdentumista riittävän yksinkertaisella, mutta tarpeeksi havainnollisella tavalla. Toimintoluokittelun avulla työajan kohdentumisen pohjalta pystytään myös tuottamaan tarkoituksenmukaisemmin kehitysehdotuksia hoitajavastaanotto toimintaan. Toimintoluokitteluun pohjautuvat kivessyöpähoitajan ja rintasyöpähoitajien seurattujen työpäivien tulokset on esitetty kuvassa 10.



Kuva 10. Kivessyöpähoitajan ja rintasyöpähoitajien seurattujen työpäivien aktiviteetit toimintoluokittelun mukaisesti

Kuvan 10 perusteella havaitaan, että rintasyöpähoitajien työpäivien ajankäytöstä 41% kohdistuu arvontuotantoon, joka on 10 prosenttiyksikköä enemmän kuin kivessyöpähoitajan arvontuotantoon lukeutuvan ajankäytön osuus (31%). Välttämättömien tehtävien kategoriaan lukeutuvien aktiviteettien osuudet ajankäytöstä ovat kivessyöpähoitajalla ja rintasyöpähoitajilla yhtä suuret. Sekä kivessyöpähoitajan, että rintasyöpähoitajien seurattujen työpäivien ajankäytöstä 46% koostui välttämättömien tehtävien aktiviteeteista.

Siirrettäviin tehtäviin kohdistuvasta ajankäytöstä on merkittävä ero kivessyöpähoitajan ja rintasyöpähoitajien välillä. Kivessyöpähoitajan ajankäytöstä 17% kohdistuu siirrettävien tehtävien kategoriaan, kun rintasyöpähoitajien vastaava osuus on vain 1%. Kyseistä eroa selittää myös kivessyöpähoitajan ja rintasyöpähoitajien toisistaan poikkeavat mahdollisuudet sihteerityövoiman hyödyntämiseen omassa työssään. Myös hukkatoimintoihin lukeutuvaa ajankäytön eroa kivessyöpähoitajan ja rintasyöpähoitajien voidaan pitää merkittävänä. Kivessyöpähoitajan ajankäytöstä 6% lukeutuu hukkatoimintoihin, rintasyöpähoitajien vastaava osuus on 12%.

5.5 Kehitysehdotukset

Empiirisen tutkimuksen tuottamat kehitysehdotukset voidaan jakaa kahteen osaan: toimintoluokitukseen liittyviin kehitysehdotuksiin ja muihin kehitysehdotuksiin. Näistä kahdesta ensiksi käsitellään toimintoluokitukseen pohjautuvia kehitysehdotuksia ja sen jälkeen esitellään muita kehitysehdotuksia. Luvussa 5.5.3 esitetään kehitysehdotuksiin liittyvien toimenpide-ehdotusten yhteenveto ja toimenpide-ehdotusten aikataulus.

5.5.1 Toimenpideluokitteluun liitettävät kehitysehdotukset

Jokaiseen toimintoluokituksen mukaiseen kategoriaan voidaan liittää myös kehitysehdotukset. *Hukkatoimintojen* kehitysehdotus on vähentää hukkatoimintoihin kohdistuvaa ajankäyttöä. Taukoaikojen ja aamukahvihetkeen käytettävä ajan standardointi voisi vähentää niihin kuluvaan aikaan sekä tasata taukokäytäntöjen eroavaisuuksia eri sairaanhoitajien välillä. Potilaiden koordinoinnin ja lääkärin konsultoinnin koordinoinnin voidaan myös olettaa vähentävän hukkatoimintoihin kohdistuvaa ajankäyttöä.

Siirrettävien tehtävien kehitysehdotus on luonnollisesti siirtää tehtävät organisaatiohierarkiassa alemmalle tasolle. Näin voidaan varmistaa, että hoitajavastaanottoa pitävät sairaanhoitajat keskittyvät oikeisiin ja tärkeisiin nähtyihin osa-alueisiin työssään. Grundenin & Hagoodin (2012, s. 13-14) esittämistä kahdeksasta terveydenhuollon hukan muodosta yksi on *lahjakkuuden hukka*. Tämä hukka kuvaa sitä, kun korkeamman tason (tai korkeamman koulutuksen omaava) osaaja tekee matalamman tason tehtäviä. Siirrettävien tehtävien kehitysehdotuksella pyritään pienentämään tätä havaittua hukkaa. Siirrettäviin tehtäviin liitettävä toimenpide-ehdotus on *sihteerityövoiman allokoiminen* workshop, jossa osastonhoitajan johdolla suunnitellaan sihteeriresurssien käyttö niin, että hoitajavastaanotoilta siirretään mahdollisimman kattavasti ja tasavertaisesti tehtäviä sihteereille ja muulle alemman koulutustason henkilöstölle.

Välttämättömien tehtävien kehitysehdotukseen kuuluu toiminnan koordinointi ja standardointi. Tämä tarkoittaa yhteisiä käytäntöjä ja riittävän tarkkaa ohjeistusta. Koordinoinnilla ja standardoinnilla voidaan parhaassa tapauksessa homogenisoida eri sairaanhoitajien ajankäyttötottumuksia. Tällöin sekä läpinäkyvyys, että sairaanhoitajien vertailukelpoisuus paranee. Myös välttämättömien tehtävien toimenpiteitä varten tulee järjestää workshop. *Välttämättömät tehtävät ja kirjauskäytännöt* workshopissa suunnitellaan yhdessä osastonylilääkäreiden, osastonhoitajan ja hoitajavastaanottojen edustajien kanssa hoitajavastaanotto toiminnalle aiempaa selkeämmät suuntaviivat. Näin mahdollistetaan hoitajavastaanottojen työn täsmällisempi määrittely. Samassa workshopissa käsitellään myös taukokäytäntöjen ”yhteiset pelisäännöt”, suunnitellaan lääkärin konsultoinnin järjestäminen ja potilaiden koordinointi aiempaa sujuvimiksi.

Arvontuotannon kehitysehdotus pohjautuu edellä mainittuihin kehitysehdotuksiin. Kun hukkatoimintoja on vähennetty ja siirrettävät tehtävät siirretty, mahdollistetaan arvontuotantoon keskittyvän ajankäytön maksimointi. Mikäli nostetaan arvontuotantoon kohdistuvaa ajankäyttöä, pystytään vastaamaan paremmin asiakastarpeisiin ja samalla nostamaan suoritelmää.

Tutkimuksen yhtenä limitaationa voidaan nähdä yksityiskohtaisen toimintoluokituksen toteuttaminen vain osalle HYKS Syöpäkeskuksen hoitajavastaanotoista. Laajalaisemman työnajan mittauksien toteuttamisen ja sen pohjalta johdettujen toimintoluokitusten ajankäytön selvittäminen myös muiden kuin kivessyöpähoitajan ja rin-

tasyöpähoitajien osalta voidaan nähdä tarpeelliseksi. Työajan mittauksien ja toimintoluokittelun kautta voitaisiin kehittää hoitajavastaanottoiminnan kokonaisuutta vielä kattavammin, mikäli kaikille hoitajavastaanottoa pitävälle sairaanhoitajille toteutettaisiin työajan mittauksia.

5.5.2 Muut kehitysehdotukset

Hoitajavastaanottojen pohjautuessa lääkäreiltä sairaanhoitajille siirrettyihin tehtäviin voidaan nähdä ensiarvoisen tärkeänä, ettei lääkäreille palaa takaisin heiltä sairaanhoitajille siirrettyjä tehtäviä. Haastattelututkimuksen yhteydessä nousi esiin esimerkki, jonka mukaan resurssipulan vuoksi osa kontrollikäynneistä joudutaan siirtämään lääkäreiden hoidettavaksi rintasyöpähoitajan sijaan. Toimenpiteeksi ehdotetaan osastonhoitajan kautta tehtävää ohjeistusta hoitajavastaanotoille siirrettyihin tehtäviin liittyen. Osastonhoitajan tulee kommunikoida hoitajavastaanotoille ja heidän ajanvarauksesta vastuussa olevalle henkilöstölle toimintamalli, jossa tehtävien ”palauttaminen” lääkäreille ei enää ole mahdollista eikä sallittua.

Työajan mittauksien aikana havaittu toteutumattomien vastaanottokäyntien ennalta-arvattavuuden tyypillisyyden tarjoaa mahdollisuuksia tehokkaampaan ajankäyttöön. Toteutumaton vastaanottokäynti tulisi pyrkiä havaitsemaan riittävän aikaisin, jotta sen tilalle pystyttäisiin varaamaan sellaisen potilaan vastaanottokäynti, jonka voidaan olettaa saapuvan vastaanottokäynnilleen. Toteutumattomien vastaanottokäyntien välttämällä vaikutetaan suoraan hoitajavastaanottoa pitävien sairaanhoitajien suoritteiden määrän kasvamiseen. Toteutumattomien vastaanottokäyntien enakoimisen suunnitteluun voidaan nimittää vastuullisiksi toimeenpanijoiksi apulaisosastonhoitaja ja osastonhoitaja.

Soiton ja hoitopuheluiden kirjauskäytännöissä havaittiin tutkimuksessa merkittäviä poikkeavuuksia eri hoitajavastaanottoa pitävien sairaanhoitajien välillä. Olisi ensiarvoisen tärkeää täsmentää ohjeistusta siitä, mitkä puhelimitse hoidettavat asiat kirjataan hoitopuheluiksi ja mitkä soitoiksi. Tämä parantaisi hoitajavastaanottojen työn arvioimismahdollisuuksia, mikäli olisi tiedossa, että kaikki hoitajavastaanottoa pitävät sairaanhoitajat toimisivat yhteisen ohjeistuksen ja yhteisten käytäntöjen mukaisesti. Yhteisen ohjeistuksen toteuttaminen onnistuu *Välttämättömät tehtävät ja kirjauskäytännöt* workshopin seurauksena. Ohjeistuksen kautta mahdollistetaan yhtenäiset toimintatavat, jotka vähentävät palveluprosessien vaihtelua.

Yleisesti ottaen kaikkien kirjausten ohjeistusta ja kirjauskäytäntöjä on syytä täsmentää ja homogenisoida. Esimerkkinä poikkeavuuksista toimii ne sairaanhoitajat, joiden työpäiviä seurattiin tutkimuksessa. Kivessyöpähoitaja ei merkinnyt käyntitietoihin potilaan yhteydenotosta aiheutuneita soittoja, kun rintasyöpähoitajien jokainen puhelu potilaan kanssa aiheutti käyntitietomerkin. Kirjauskäytäntöjen poikkeavuuksien voidaan nähdä aiheuttavan tarpeetonta vaihtelua toiminnasta kertyviin kirjauksiin.

Mazzocato et al. (2014) mukaan terveydenhuollon eri alojen kompleksisuudella on suora vaikutus siihen, miten hyvin eri aloille voidaan implementoida lean-pohjainen muutosaalto. Hoitajavastaanottojen työseurantojen perustella voidaan todeta seurattujen sairaanhoitajien suorittavan protokollamaisia, keskenään samankaltaisia toimintoja päiviensä aikana. Tällä perusteella muutosten läpivieminen kivessyöpähoitajan ja rintasyöpähoitajien vastaanotoilla voidaan todeta helpommaksi ja selkeämmäksi toteuttaa kuin esimerkiksi palliatiivisten sairaanhoitajien vastaanotoilla. Palliatiivisten sairaanhoitajien vastaanotoilla työnkuvat ovat selkeästi vaihtelevampia ja päivystyksellisempiä.

5.5.3 Toimenpide-ehdotusten yhteenveto ja aikataulutus

Luvuissa 5.5.1 ja 5.5.2 tehtiin neljä toimenpide-ehdotusta. Toimenpide-ehdotuksiin kuului kaksi workshopia, joiden aiheet olivat *sihteerityövoiman allokointi* ja *välttämättömät tehtävät ja kirjauskäytännöt*. Yksi toimenpide-ehdotuksista oli ohjeistus koskien lääkäreille ”palautuvia” tehtäviä. Yksi toimenpide-ehdotus koski toteutumattomien vastaanottokäyntien ennaltaehkäisyyn suunnittelua. Taulukossa 10 on esitettyinä ehdotetut toimenpiteet, niihin osallistuvat henkilöstön jäsenet sekä toteutuksen ajankohta ja prioriteetti.

Taulukko 10. Toimenpide-ehdotukset, osallistujat sekä toteutuksen ajankohta ja prioriteetti

Toimenpide	Osallistujat	Ajankohta ja prioriteetti
Sihteerityövoiman allokointi, workshop	Osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, 1-2 HVO sairaanhoitajaa, 1-2 sihteeriä	Lokakuussa tai marraskuussa 2015, kiireellinen
Välttämättömät tehtävät ja kirjauskäytännöt, workshop	Osastoylilääkäri, osastonhoitaja, apulaisosastohoitaja, 2-4 HVO sairaanhoitajaa	Marraskuussa tai joulukuussa 2015, tärkeä
Lääkäreille ”palautuvat” tehtävät, ohjeistus	Osastonhoitaja	Heti, välttämätön
Toteutumattomien vastaanottokäyntien ennaltaehkäisy, suunnittelu	Osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja	Marraskuussa tai joulukuussa 2015, tärkeä

6. PÄÄTELMÄT

Tämän tutkimuksen lähtökohtana oli hoitajavastaanottoa pitävien sairaanhoitajien työn kapea kuvautuminen HYKS Syöpäkeskuksen johdolle. Taustaoletuksena vaikuttivat hoitajavastaanottojen kasvava kysyntä ja mahdollinen tehostamispotentiaali työnmuotoilun kautta. Opinnäytetyön tavoitteeksi asetettiin hukkatoimintojen havaitseminen hoitajavastaanottoa pitävien sairaanhoitajien työpäivistä sekä tavoitteet kohdentaa hoitajavastaanottoa pitävien sairaanhoitajien työaika tehokkaammin.

6.1 Tavoitteiden toteutuminen

Työn ensimmäinen tutkimuskysymys oli:

- *Minkälaista hukkaa hoitajavastaanottojen päivittäiseen toimintaan liittyy?*

Hines et al. (2004, s. 997) mukaan arvoa syntyy jos sisäistä hukkaa pienennetään. Toisaalta terveydenhuollon arvontuotto perustuu henkilöstön aika- ja ammattitaitopanokseen, välineisiin ja fyysisiin tiloihin, joissa hoito suoritetaan (Berry & Bendapudi 2007, s. 113). Tutustuminen hoitajavastaanottojen päivittäiseen toimintaan yksityiskohtaisella tasolla mahdollisti sekä sairaanhoitajien aika- ja ammattitaitopanoksen arvioinnin, että toimintaan liittyvän hukan arvioinnin. Kollberg et al. (2007, s. 16) mukaan arvoa tuottavien prosessien tunnistaminen tarjoaa tärkeän perustan hukan poistamiselle. Grundenin & Hagoodin (2012, s. 13-14) esittelemistä terveydenhuollon kahdeksasta hukan muodosta *odottaminen* ja *lahjakkuuden hukka* osoittautuivat tutkimuksen empirian kannalta havainnollisimmiksi. Lahjakkuuden hukka kuvasi tilannetta, jossa korkeamman tason (tai korkeamman koulutuksen omaava) osaaja tekee matalamman tason tehtäviä. Grundenin ja Hagoodin esittämien hukan muotojen mukaan siis myös tutkimuksessa havaitut *siirrettävät tehtävät* voitaisiin luokitella hukaksi hoitajavastaanotto toiminnassa.

Hukaksi tunnistettiin tutkimuksessa määrittelemättömät ja standardisoimattomat tauot ja aamukahvit työpäivissä, lääkärin konsultointiin tai potilaisiin liittyvät odotusajat sekä ne hoitajavastaanottojen tehtävät, jotka voitaisiin siirtää alemman koulutustason omaavalle henkilökunnalle. Jimmerson et al. (2005) mukaan terveydenhuollon toimintaympäristössä hukan primäärin syy liittyy siihen, ettei prosesseja ole juuri koskaan määritelty tarkasti. Tämän tutkimuksen yhteydessä nousi esiin erityisesti eri hoitajavastaanottojen poikkeavat mahdollisuudet sihteerityövoiman, ja muun alemman tason koulutuksen henkilöstön, hyödyntämisessä. Prosessien määrittelyn puute johtaa epä johdonmukaisuuksiin, vaihteluun toimitusketjussa sekä toistuviin hoitohenkilökunnan hoitotyön keskeytyksiin (Jimmerson et al. 2005). Yhtäläiset sihteerityövoiman käytön mahdollisuudet

hoitajavastaanottojen välillä mahdollistaisivat myös hoitajavastaanottojen suoriutumisen arvioinnin nykyistä vertailukelpoisemmin. Mikäli kaikilla hoitajavastaanotoilla olisi yhtäläiset mahdollisuudet sihteerityövoiman hyödyntämiseen, pystyisivät hoitajavastaanottoa pitävät sairaanhoitajat keskittymään ajallisesti tasaisemmin arvontuotantoon.

Työn toinen tutkimuskysymys oli:

- *Millä keinoilla hukkaa voidaan poistaa ja miten hoitajavastaanottoa pitävien sairaanhoitajien työaika voitaisiin kohdentaa tehokkaammin?*

Tutkimuksen myötä havaittiin mahdollisuuksia työn tehokkaampaan kohdentamiseen arvoperusteisen toimintoluokittelun avulla. Tutkimuksessa esitetään mallia, jossa hoitajavastaanottoa pitävän sairaanhoitajan päivittäisen aktiviteetit tai suoritteet jaetaan neljään eri kategoriaan. Näiksi neljäksi kategoriaksi ehdotetaan tutkimuksen myötä *arvontuotantoa, välttämättömiä tehtäviä, siirrettäviä tehtäviä ja hukkatoimintoja*. Siirtämällä *siirrettäviä tehtäviä* organisaatiossa matalamman koulutuksen saaneille henkilöstön edustajille ja pienentämällä *hukkatoimintoihin* kohdistuvaa ajankäyttöä voidaan fokuksoida hoitajavastaanottoa pitävien sairaanhoitajien työpanos tarkoituksenmukaisemmin *arvontuotantoon ja välttämättömiin tehtäviin*.

Eri hoitajavastaanottojen määrän nopea kasvu ja niiden monimuotoisuudet ovat vaikeuttaneet yhtenäisen hoitajavastaanottojen työn kuvautumisen ja mittaamisen työkalun kehittämistä (Rosenfeld et al. 2003). Hoitajavastaanottotoiminnan yleistyessä niiden ohjaamisen ja johtamisen merkitys korostuu. Työn havaintojen perusteella voidaan todeta, että hoitajavastaanottojen työn määrittelyllä on merkittävä rooli, kun kyseisen henkilöstöryhmän arvioimisen, vertailemisen ja johtamisen onnistuminen halutaan varmistaa tulevaisuudessa. Kun tähdätään potilaslähtöiseen hoitoon, voidaan arvoon perustuvaa määrittelyä pitää tarkoituksenmukaisena keinona hoitajavastaanottotoiminnan järjestämisessä. Potilaslähtöisellä arvomäärittelyllä saadaan tukea sille, että hoitajavastaanottoa pitävät sairaanhoitajat keskittyvät oikeisiin asioihin ja sille, että tavoitteena olevat tehtävänsiirrot lääkäreiltä toteutuvat tarkoituksenmukaisesti.

Tutkimuksessa esitetty malli hoitajavastaanottotoiminnan päivittäisten aktiviteettien jakamisesta neljään toimintoluokkaan nähdään potentiaalisena kehitystoimena myös muiden terveydenhuollon organisaatioiden ja yksiköiden kuin HYKS Syöpäkeskuksen hoitajavastaanottotoiminnan järjestämisessä. Voidaan olettaa, että eri hoitajavastaanottojen töiden määrittelyssä on paljon vaihtelua ja poikkeavuuksia myös muissa organisaatioissa. Poistamalla hukkatoimintoja ja siirtämällä hoitajavastaanotoille kuulumattomia tehtäviä muiden henkilöstöryhmien vastuulle voidaan saavuttaa tehokkaampi työajan kohdentuminen organisaatiosta riippumatta.

Youngin & McCleanin (2008, s. 385) mukaan on kriittisen tärkeää määrittää lean-ajattelun käyttöönoton vaatimat työkalut arvonmääritykseen ja niiden suhtautuminen vallitseviin arvo-konsepteihin nykyisessä terveydenhuollon systeemissä. Tutkimuksen

lähtötilanteessa hoitajavastaaottotoiminnan arvotuotannon arvioiminen perustui yksinomaan hoitajavastaaottotoiminnasta kertyviin suorituskirjauksiin. Young & McClean (2008, s. 385) esittävät myös, että hukkaa poistavien toimintojen hyötyjä suhteessa toisiinsa ei voida arvioida, mikäli arvosta ei ole yhteistä vertailukelpoista näkemystä. Vertailukelpoisen arvonmäärittelyn aikaansaaminen edellyttää, että hoitajavastaaottotoiminta määritellään nykyistä tarkemmin. Työn tarkempi määrittely mahdollistaisi eri hoitajavastaaottojen vertailun ja johtamisen onnistumisen tulevaisuudessa paremmin.

Tutkimuksessa havaittiin myös muita spesifejä ja kontekstisidonnaisia kehityskohteita, joita käsiteltiin luvun 5.5.2. muissa kehitysehdotuksissa. Tutkimuksessa perehdyttiin HYKS Syöpäkeskuksen hoitajavastaaottotoimintaan hyvin käytännönläheisellä tasolla, joten oli oletettavaa havaita yksityiskohtaisia ja kontekstisidonnaisia kehityskohteita hoitajavastaaottojen toiminnassa. Näiden havaintojen ja kehitysehdotusten arvoa voi pitää suurempana työn tilaajan operatiivisesta näkökulmasta kuin tieteellisen tutkimustyön näkökulmasta. Tästä syystä niiden painoarvo on tässä opinnäytetyössä jätetty pienemmälle kuin toimintoluokitteluun liittyvien havaintojen ja niihin liittyvien kehitysehdotuksien painoarvot.

Rhoads et al. (2006, s. 38) mukaan ideaali malli hoitajavastaaottotoiminnan mittaamiselle ottaisi huomioon kaikki ne aktiviteetit, mihin hoitaja työssään osallistuu huolimatta siitä, että niiden objektiivisen mittaamisen todetaan olevan hankalaa. Yllä kuvatun kaltaista mittaamista tavoiteltiin myös tässä opinnäytetyössä, jossa hoitajavastaaottojen toimintaa tarkasteltiin niin suorituskirjausten valossa, kuin ottamalla huomioon jokainen käytetty minuutti hoitajavastaaottoa pitävän sairaanhoitajan työpäivästä. Yksi työn havaituista hyödyistä oli käytännönläheinen paneutuminen työtä suorittavien sairaanhoitajien työpäiviin ja sen rinnastaminen suorituskirjausten tarkasteluun.

6.2 Tutkimuksen onnistumisen arviointi

Tutkimuksen ongelmanasettelu edellytti opinnäytetyöltä käytännönläheistä otetta vastausten selvittämiseksi. Tästä syystä opinnäytetyössä korostuu käytännönläheisyys, jonka voi nähdä olevan hyvä asia tutkimuskysymyksiin vastaamisen näkökulmasta mutta toisaalta se rajoitti työn tieteellistä kontribuutiota.

Opinnäytetyön toteuttajan aiempi tietämättömyys terveydenhuollon alasta ja palveluprosesseista asetti työlle haasteita, jotka tekivät toisaalta työskentelystä erityisen mielenkiintoista, mutta toisaalta asettivat työn toteutukselle myös rajoitteita. Jälkeenpäin todettuna esimerkiksi haastattelututkimuksen hyödyt ja havainnot jäivät oletettua niukemmiksi, sillä niitä toteuttaessa opinnäytetyön toteuttajan omat tiedot terveydenhuollon palveluprosesseista olivat vielä melko rajalliset. Haastattelut toimivatkin tässä tutkimuksessa ymmärrystä ja tietämystä lisäävänä vaiheena, enemmän kuin primäärinä tutkimusdatan keruumenetelmänä.

Opinnäytetyön toimeksiantajan ongelmaan pystyttiin opinnäytetyössä vastaamaan kohdennetuilla kehitysehdotuksilla. Tulosten vaikutus ja yleistettävyys muiden organisaatioiden hoitajavastaanottoihin nähdään potentiaalisena, mutta se vaatii myös muiden hoitajavastaanottojen osalta esimäärittelyjä ja päivittäisen toiminnan yksityiskohtaista tuntemista.

6.3 Havaittuja jatkotutkimusaiheita

Opinnäytetyön yhteydessä esiin nousi joitakin jatkotutkimusaiheita. Hoitajavastaanottojen operatiiviseen toimintaan liittyviä jatkotutkimusaiheita olisi:

- Soittojen ja hoitopuheluiden merkityksien ja niihin liittyvien käytäntöjen selvitys
- Hoitajavastaanotoille kuulumattomien puheluiden vaikutuksien ja merkitysten selvitys
- Varattujen vastaanottokäyntien ja toteutuneiden vastaanottokäyntien seuranta-tutkimus

Operatiivisten tutkimusaihe-ehdotusten lisäksi jatkotutkimusaiheena havaittiin myös: Miten läpinäkyvyyttä voitaisiin parantaa terveydenhuollon organisaatioiden hierarkiarajojen yli? Tämän lisäksi laaja-alainen organisaatiorajoja rikkova selvitys hoitajavastaanottotoiminnan järjestämisestä voidaan nähdä potentiaalisena tutkimusaiheena.

LÄHTEET

- Abukhader, S. 2012. Measuring nurse performance: A system perspective. *International Journal of Healthcare Management*. Vol. 5, No. 3, ss. 117-128.
- Bamford, D. & Chatziaslan, E. 2009. Healthcare capacity measurement. *International Journal of Productivity and Performance Management*. Vol. 58, No. 8, ss. 748-766.
- Bernolak, I. 1997. Effective measurement and successful elements of company productivity: the basis of competitiveness and world prosperity. *International Journal of Production Economies*. Vol. 52, No. 1-2, ss. 203-213.
- Berry, L & Bendapudi, N. 2007. Health Care: A Fertile Field for Service Research. *Journal of Service Research*. Vol. 10, No.2, ss. 111-122.
- Bhatia, N. & Drew, J. 2007. Applying lean production to the public sector. *The McKinsey quarterly*. No. 3, ss. 97-98.
- Brandao de Souza, L. 2009. Trends and approaches in lean healthcare. *Leadership in Health Services* Vol. 22, No. 2, ss. 121-139.
- Brandao de Souza, L & Pidd, M. 2011. Exploring the barriers to lean health care implementation. *Public Money & Management*. Vol. 31, No. 1, ss. 59-66.
- Clancy, C. & Eisenberg, J. 1998. Outcome Research: Measuring the end Results of Health Care. *Science*. Vol. 282, No. 5487, ss. 245-246.
- Curtin, L. 1995. Nursing Productivity: From Data to Definition. *Nursing Management*. Vol. 26, No. 4, ss. 25-36.
- Earnshaw, J. & Stephenson, Y. 1997. First two years of a follow-up breast clinic led by a nurse practitioner. *Journal of the Royal Society of Medicine*. Vol. 90, ss. 258-259.
- Feeley, T., Fly, H., Albright, H., Walters, R. & Burke, T. 2010. A Method for Defining Value in Healthcare Using Cancer Care as a Model. *Journal of Healthcare Management*. Vol. 55, No. 5, ss. 399-412.
- Grunden, N. & Hagood, C. 2012. *Lean-Led Hospital Design- Creating the Efficient Hospital of the Future*. CRC Press, Taylor & Francis Group. Boca Raton. 309 s.
- Hines, P., Holweg, M. & Rich, N. 2004. Learning to evolve: A review of contemporary lean thinking. *International Journal of Operations & Production Management*. Vol. 24, No. 10, ss. 994-1011.

Hollingsworth, B. 2003. Non-Parametric and Parametric Applications Measuring Efficiency in Health Care. *Health Care Management Science*. Vol. 6, No.4, ss. 203-218.

HUS. 2015. Syöpäpotilaiden määrä kasvaa HUS:ssa [WWW]. HUS-tietoa. Uutishuone. [viitattu: 6.9.2015]. Saatavissa: <http://www.hus.fi/hus-tietoa/uutishuone/Sivut/Syöpäpotilaiden-määrä-kasvaa-HUSssa-.aspx>.

Jimmerson, C., Weber, D. & Sobek, D. 2005. Reducing Waste and Errors: Piloting Lean Principles at Intermountain Healthcare. *Journal on Quality and Patient Safety*. Vol. 31, No.5, ss. 249-257.

Johnson, R & Onwuegbuzie, A. 2004. Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educational Researcher*. Vol. 30, No. 7, ss. 14-26.

Johnston, R. & Jones, P. 2004. Service productivity: Towards understanding the relationship between operational and customer productivity. *International Journal of Productivity and Performance Management*. Vol. 53, No. 3, ss. 201-213.

Jääskeläinen, A. 2010. Productivity Measurement and Management in Large Public Service Organizations. Tampereen teknillinen yliopisto. Julkaisu 927. 102 s.

Kim, C., Spahlinger, D., Jeanne, M. & Billi, J. 2006. Lean Health Care: What Can Hospitals Learn from a World-Class Automaker. *Journal of Hospital Medicine*. Vol. 1, No. 3, ss. 191-199.

Kollberg, B., Dahlgaard, J. & Brehmer, P. 2007. Measuring lean initiatives on health care services: issues and findings. *International Journal of Productivity and Performance Management*. Vol. 6, No. 1, ss. 7-24.

LaGanga, L. 2011. Lean service operations: Reflections and new directions for capacity expansion in outpatient clinics. *Journal of Operations Management*. Vol. 29, No. 5, ss. 422-433.

Lenz, E., Mundinger, M., Kane, R., Hopkins, S. & Lin, S. 2014. Primary Care Outcomes in Patients Treated by Nurse Practitioners or Physicians: Two-Year Follow-Up. *Medical Care Research and Review*. Vol. 61, No. 3, ss. 332-351.

Lillrank, P., Groop, J. & Malmström, T. 2010. Demand and Supply-Based Operating Modes—A Framework for Analyzing Health Care Service Production. *Milbank Quarterly*. Vol. 88, No. 4, ss. 595-615.

Mazzocato, P. 2012. Unpacking Process Improvement – In-depth Studies of How Lean and Clinical Pathways Contribute to the Timeliness of Care. Medical Management Center. Karolinska Institutet, Stockholm. Doctoral Thesis. 66 s.

Mazzocato, P., Thor, J., Bäckman, U., Brommels, M., Carlsson, J., Jonsson, F., Hagmar, M. & Savage, C. 2014. Complexity complicates lean: lessons from seven emergency services. *Journal of Health Organization and Management*. Vol. 8, No. 2, ss. 266-288.

McNeese-Smith, D. 2001. Staff Nurse Views of Their Productivity and Nonproductivity. *Health Care Management Review*. Vol. 26, No. 2, ss. 7-19.

Modig, N. & Åhlström, P. 2013. *Tätä on Lean – Ratkaisu tehokkuusparadoksiin*. Rheologica Publishing. Tukholma. 167 s.

Morris, J. & Watt, A. 1994. Quality of Life as an Indicator of Outcome in the Treatment of Cancer Patients: The Purchaser Perspectives. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. Vol. 7, No. 3, ss. 4-7.

Neely, A., Gregory, M. & Platts, K. 1995. Performance measurement system design: A literature review and research agenda. *International Journal of Operations & Production management*. Vol. 15, No. 4, ss. 80-116.

Porter, M. 2010. What Is Value in Health Care? *The New England Journal of Medicine*. Vol. 363, No. 26, ss. 2477-2481.

Porter, M. & Teisberg, E. 2006. *Redefining Health Care – Creating Value-Based Competition on Results*. Harvard Business School Press. Boston, Massachusetts. 506 s.

Porter, M. & Teisberg, E. 2007. How Physicians Can Change the Future of Health Care. *The Journal of the American Medical Association*. Vol. 297, No. 10, ss. 1103-1111.

Purbey, S., Mukherjee, K. & Bhar, C. 2006. Performance measurement system for healthcare processes. *International Journal of Productivity and Performance Management*. Vol. 56, No. 3, ss. 241-251.

Rhoads, J., Ferguson L. & Langford, C. 2006. Measuring Nurse Practitioner Productivity. *Dermatology Nursing*. Vol. 18, No. 1, ss. 32-38.

Riippa, I., Kaarna, T., Hupli, M. & Kärri, T. 2012. Sairaalan tuottavuustiedot johtamisen työkaluksi. *Suomen Lääkärilehti*. 4/2012, Vsk. 67, ss. 255-260.

Rosenfeld, P., McEvoy, M. & Glassman, K. 2003. Measuring Practice Patterns Among Acute Care Nurse Practitioners. *Journal of Nursing Administration*. Vol. 33, No. 3, ss. 159-165.

Saunders, M., Lewis, P. & Thornhill, A. 2009. *Research Methods for Business Students*. 5th Edition. Pearson Education. Harlow. 614 s.

Stevenson, W. 2011. *Operations Management*. 11th Edition. McGraw-Hill Education. 908 s.

Säilä, T. 2005. Polikliinisen hoidon toimintamallit – tutkimus erikoissairaanhoidon aikuispotilaiden somaattisilla ajanvarauspoliklinikoilla. Tampereen yliopiston hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. 66 s.

Säilä, T., Mattila, E., Kaunonen, M. & Aalto, P. 2006. Polikliinisen hoidon kehittäminen. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 7/2006. 132 s.

Teperi, J. 2005. Erikoissairaanhoido [WWW]. Duodecim. Terveyskirjasto. [viitattu: 28.8.2015]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00053.

Thompson, D., Wolf, G. & Spear, S. 2003. Driving Improvement in Patient Care: Lesson From Toyota. The Journal of Nursing Administration. Vol. 33, No. 11, ss. 585-595.

Vidall, C., Barlow, H., Crowe, M., Harrison, I. & Young, A. 2011. Clinical nurse specialists: essential resource for an effective NHS. British Journal of Nursing. Vol. 20, No. 17, ss. 23-27.

Weeks, W., Wadsworth, E., Rauh, S. & Weinstein, J. 2013. The urgent need to create healthcare value. Healthcare Financial Management. Vol. 67, No. 5, ss. 136-138.

WHO. 2000. The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. Geneva. 206 s.

Womack, J. & Jones, D. 1996. Beyond Toyota: How to Root Out Waste and Pursue Perfection. Harvard Business Review. Vol. 74, No., 5 ss. 140-158.

Womack, J., Jones, D. & Roos, D. 1990. The machine that changed the world: The story of lean production. Rawson Associates. New York. 290 s.

Young, T. & McClean, S. 2008. A critical look at Lean Thinking in healthcare. Quality & Safety In Health Care. Vol. 15, No. 5, ss. 382-386.

LIITTEET

Liite 1. Teemahaastattelurunko, osastonhoitaja ja osastonylihoitaja

Teemahaastattelu hoitajavastaanottotoiminnasta (osastonhoitaja, osastonylihoitaja)

Haastattelurungon tavoitteena on selvittää hoitajavastaanoton päivittäistä toimintaa, siihen kohdistuvaa kysyntää (ja tarjontaa), sen tehtäväsisällön sopivuutta sekä päivien sisäistä aikataulutusta. Aihepiiriin johdattelevien kysymysten seurauksena haastattelun alkupuolella keskitytään päivittäisiin ja operatiivisiin asioihin ja haastattelun loppupuolella yleisluontoisempiin asioihin, sekä mahdollisiin kehitysehdotuksiin.

- Minkä verran ja millä tavoin hoitajavastaanottotoiminta työllistää sinua?
- Mikä hoitajavastaanottotoiminnassa on erityisen onnistunutta?
 - Mitä tehtäviä hoitajavastaanotoilla on onnistuttu siirtämään lääkäreiltä hoitajille?
- Minkälainen on tyypillinen hoitajavastaanottoa pitävän sairaanhoitajan päivä?
 - Mitä tehtäviä ja mitä vastuita hoitajavastaanottoon kuuluu?
- Minkälaisia aikataulupaineita hoitajavastaanottoihin kohdistuu, pitääkö päivittäinen aikataulu vai venyykö se?
- Miten hoitajavastaanoton tehtävien kirjaamisista on ohjeistettu (onko kirjallista ohjetta)?
- Mihin aikaan alkaa vastaanottoa pitävien hoitajien työpäivä ja monelta aikataulupohja alkaa? Mitä toimintoja sijoittuu niiden väliin jäävään aikaan?
- Tekevätkö hoitajat itse vastaanottopohjansa?
 - Saavatko itse määritellä vastaanottojen pituuden ja hoitoaikojen määrän?
- Miten hoitajavastaanottojen kysyntä ja tarjonta suhtautuvat toisiinsa (enemmän tarvetta vastaanotoille/enemmän tarvetta hoitajavastaanottoa suorittaville sairaanhoitajille)?
 - Kuinka tasaista kysyntä on esimerkiksi kivessyöpähoitajan vastaanottoajoille? Tällä hetkellä organisaatiossa yksi kivessyöpähoitaja, onko hänen vastaanottoaikojen määrässä suurta vaihtelua tai vaihtelee potilaan hoitoonpääsyajat paljon?
- Mitkä ovat hoitajavastaanottoa pitävän sairaanhoitajan tärkeimmät tehtävät varsinaisten vastaanottoaikojen lisäksi?

- Onko hoitajavastaanoton vastualueet (mitä työtehtäviä kuuluu hoitajavastaanottoon, mikä ei kuulu) määritelty riittävän tarkasti (dokumentoidut ohjeet vs. suulliset ohjeet)?
- Korvaako hoitajavastaanotto lääkärin vastaanoton vai onko se lisäkäynti muiden vastaanottojen rinnalle?
- Voitaisiinko mielestäsi joitain hoitajavastaanoton tehtäviä siirtää sihteereille tai itse potilaille?
- Miten määritellään ja kuka määrittelee, ketkä potilaat päätyvät hoitajavastaanotolle? (selkeä protokolla vai yksilöllisesti määritelty)
- Onko hoitajavastaanoton puolella ”omahoitaja” –järjestelmää?
 - Käykö potilas usealla hoitajalla ja onko hoitajien määrään/potilas sovittu maksimia?
- Onko eri vastaanottoa pitävien hoitajien työnkuvat samanlaiset, vai kuuluuko joillekin hoitajille jotain muitakin vastuuta?
- Minkälaisia kehitysehdotuksia antaisit hoitajavastaanottotoiminnalle?
- Oletko havainnut hoitajavastaanottoihin liittyen jonkun potilastarpeen, jota ei tällä hetkellä tyydytetä tai pystytä tyydyttämään?

Liite 2. Teemahaastattelurunko, sairaanhoitaja

Teemahaastattelu hoitajavastaaottotoiminnasta (sairanhoitaja)

Haastattelurungon tavoitteena on selvittää hoitajavastaaotton päivittäistä toimintaa, siihen kohdistuvaa kysyntää (ja tarjontaa), sen tehtäväsisällön sopivuutta sekä päivien sisäistä aikataulutusta. Aihepiiriin johdattelevien kysymysten seurauksena haastattelun alkupuolella keskitytään päivittäisiin ja operatiivisiin asioihin ja haastattelun loppupuolella yleisluontoisempiin asioihin, sekä mahdollisiin kehitysehdotuksiin.

- Minkälainen on tyypillinen työpäiväsi ja mitä eri osa-alueita työpäivääsi kuuluu?
 - Mitkä osa-alueet työpäivässä ovat sujuvia ja tehokkaita? Millaisissa osa-alueissa koet takkuilua tai tehottomuutta? Mistä sujuvuus johtuu ja mikä aiheuttaa takkuilua?
- Minkälainen on päiviesi rytmitys vastaanottoaikojen suhteen, sijoittuvatko vastaanotot aamu/iltapäiviin vai tasaisesti ja onko vastaanottoaikoja päivittäin?
- Minkälaisia aikataulupaineita päiviisi kohdistuu, pitääkö päivittäinen aikataulu vai venyykö se?
 - Minkä pituisia pitämäsi vastaanottoajat ovat ja pitävätkö yksittäisten vastaanottoaikojen aikataulut, vai esiintyykö niissä venymistä?
- Miten tehtävien kirjaamisista on ohjeistettu (onko kirjallista ohjetta)?
 - Millaisia kirjauksia teet työpäiväsi aikana?
 - Mitä toimintoja kirjaat ”soitot” –kirjauksen alle?
- Mihin aikaan alkaa työaikasi ja monelta aikataulupohja alkaa? Mitä toimintoja sijoittuu niiden väliin jäävään aikaan?
- Oletko itse vastuussa vastaanottoaikojen ajanvarauksesta ja onko sinulla ”oma lista” jota hallinnoit (jos et itse ole vastuussa ajanvarauksista, kuka vastaa)?
 - Voitko itse määritellä vastaanottoaikojen pituudet ja vastaanottoaikojen päivittäisen määrän? Teetkö itse vastaanottopohjat?
- Kuinka tasaisesti vastaanottoajaille on kysyntää, onko päivittäin pidettävien vastaanottoaikojen määrä yleensä vakio vai vaihtelee määrä päivien välillä?
- Mitkä ovat hoitajavastaaottoa pitävän sairaanhoitajan tärkeimmät tehtävät varsinaisten vastaanottoaikojen lisäksi?
- Onko hoitajavastaaotton vastualueet (mitä työtehtäviä kuuluu hoitajavastaaottoon, mikä ei kuulu) määritelty riittävän tarkasti (dokumentoidut ohjeet vs. suulliset ohjeet)?

- Korvaako hoitajavastaanotto lääkärin vastaanoton vai onko se lisäkäynti muiden vastaanottojen rinnalle?
 - Mitä tehtäviä lääkäreiltä on siirretty hoitajille?
 - Kuinka usein vastaanotolla ilmenee tarve konsultoida lääkäriä?
- Voita isiinko mielestäsi joitain hoitajavastaanoton tehtäviä siirtää sihteereille tai itse potilaille?
- Kuinka usein potilas käy hoitajan vastaanotolla?
- Miten määritellään ja kuka määrittelee, ketkä potilaat päätyvät hoitajavastaanotolle? (Selkeä protokolla vai yksilölliset määrittelyt)
- Onko hoitajavastaanoton puolella ”omahoitaja” –järjestelmää?
 - Käykö potilas usealla hoitajalla ja onko hoitajien määrään/potilas sovittu maksimia?
- Onko eri hoitajavastaanottoja pitävillä sairaanhoitajilla samanlaiset työnkuvat?
 - Onko joillain sairaanhoitajilla myös muita vastuualueita?
- Minkälaisia kehitysehdotuksia antaisit hoitajavastaanottotoiminnalle?
- Oletko havainnut työssäsi jonkun potilastarpeen, jota ei tällä hetkellä tyydytetä tai pystytä tyydyttämään?

[illegible][illegible]